

Bachelorarbeit

Strategien zur Bewältigung von Moral Distress

**Möglichkeiten zur erfolgreichen Bewältigung von moralischen Werte-
konflikten im Berufsalltag einer Intensivpflegefachperson**

Katrin Engi, 13-527-353

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Pflege
Studienjahr:	2013
Eingereicht am:	10. April 2015
Betreuende Lehrperson:	Doris Ruhmann

Abstract

Thema

Handeln Intensivpflegefachpersonen aufgrund äusserer Umstände entgegen ihren persönlichen und beruflichen Wertevorstellungen, entsteht als Folge dieser Wertekonflikte Moral Distress. Dies hat Auswirkungen auf die Pflegequalität und die Arbeitsmotivation der Betroffenen. Langfristig kann Moral Distress zu Burnout und Abwanderung aus dem Beruf führen.

Fragestellung

Welche literaturgestützten Möglichkeiten haben Intensivpflegefachpersonen zur erfolgreichen Bewältigung von moralischen Wertekonflikten in ihrem Berufsalltag?

Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde mittels einer systematisierten Literaturrecherche auf wissenschaftlichen Datenbanken sowie der Literaturverzeichnisse verschiedener Fachartikel nach Publikationen gesucht. Die eruierten Daten wurden hiernach kritisch beurteilt und diskutiert.

Ergebnisse

Bis anhin sind wenige Studien publiziert worden, welche konkrete Interventionen im Umgang mit Moral Distress untersuchten. Ethik-Schulungen, ethische Fallbesprechungen sowie eine Guideline wurden als mögliche Strategien zur Reduktion von Moral Distress identifiziert. Sie unterstützen die kritische Selbstreflexion und fördern die moralische Resilienz von Intensivpflegefachpersonen.

Schlussfolgerung

Die kognitive Auseinandersetzung mit den persönlichen und fremden Wertevorstellungen senkt die Belastung durch Moral Distress.

Keywords

Moral Distress, Moral Stress, Ethics, Morals, Critical Care, Intensive Care, Critical Care Nursing, Coping, Stress Management, Strategies, Ethic Rounds

Inhaltsverzeichnis

1. Themenauswahl und ihre Begründung.....	5
1.1. Thema.....	5
1.2. Problemdarstellung.....	5
1.3. Relevanz.....	8
1.4. Fragestellung und Zielsetzung.....	9
1.5. Eingrenzung des Themas.....	9
2. Theoretische Verankerung.....	10
2.1. Kurze Einführung in das Thema Ethik.....	10
2.1.1. Teilbereiche der Ethik.....	11
2.1.2. Wichtige Begriffe der Ethik.....	11
2.2. Moral Distress.....	13
2.2.1. Stress.....	13
2.2.2. Bewältigung/Coping/Resilienz.....	13
2.2.3. Moral Distress.....	13
3. Methode.....	16
3.1. Vorgehen.....	16
3.2. Literaturrecherche.....	16
3.3. Verwendete Evaluationsinstrumente.....	18
3.4. Ein- und Ausschlusskriterien.....	18
4. Darstellung der Ergebnisse.....	19
4.1. Workshop/Schulung/Weiterbildungsprogramm.....	19
4.2. Ethische Fallbesprechung.....	23
4.2.1. Ethische Debriefings.....	23
4.2.2. Module, Ethik, Therapieentscheide, Allokation und Prozess (METAP).....	23
4.2.3. Moral Case Deliberations (MCD).....	24
4.2.4. Unit-based Ethics Conversations (UBEC).....	25
4.2.5. Ethikvisite.....	26
4.3. Guideline "The 4 A's to Rise Above Moral Distress".....	27
4.4. Kritische Beurteilung der Ergebnisse.....	28
4.4.1. Innovative Solutions - The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit Setting (Beumer, 2009).....	28
4.4.2. Developing Ethical Competence in Health Care Organisations (Kälvemark Sporrang et al., 2007).....	29

4.4.3. Educational Interventions in End-of-Life Care: Part I (Rogers et al. 2008).....	29
4.4.4. Conversations about challenging end-of-life cases (Santiago und Abdool, 2011).....	30
4.4.5. Klinische Alltagsethik (Tanner et al., 2014).....	30
4.4.6. The discovery of deliberation (Van der Dam et al., 2013).....	30
4.4.7. Unit-Based Ethics Conversations (Wocial et al., 2010)	31
4.4.8. Ethikvisite auf der Intensivstation (Scheffold et al., 2012)	31
4.4.9. The 4 A's to Rise Above Moral Distress (AACN, 2008)	32
5. Diskussion	32
5.1. Literaturrecherche	32
5.2. Allgemeines zur Bewältigung von Moral Distress	33
5.3. Individuelle Stressbewältigung.....	34
5.4. Stressbewältigung auf Ebene der Institutionen.....	34
5.5. Ethische Fallbesprechungen.....	35
6. Empfehlungen für die Praxis	37
7. Schlussfolgerung	38
8. Verzeichnisse	39
8.1. Literaturverzeichnis.....	39
8.2. Tabellenverzeichnis	45
8.3. Abbildungsverzeichnis	45
9. Wortzahl	46
10. Danksagung.....	46
11. Eigenständigkeitserklärung	47
12. Anhang.....	48
Anhang A: Dokumentation der Literaturrecherche.....	48
Anhang B: Zusammenfassungen der Fachartikel.....	49
Anhang C: Kritische Beurteilung der einzelnen Fachartikel.....	59
Anhang D: Evidenzlevel für quantitative und qualitative Studien.....	77

1. Themenauswahl und ihre Begründung

1.1. Thema

Unter Einbezug hochentwickelter Therapien und medizintechnischer Geräte betreuen Intensivpflegefachpersonen Menschen in potentiell lebensbedrohlichen Krankheitssituationen. Oftmals ändern sich die Situationen rasch. Dies erfordert schnelle Entscheidungen und entschiedenes Handeln. Die Prognose ist in vielen Fällen unklar und der Krankheitsverlauf schwierig vorhersehbar. Das Ausloten von medizinischen Grenzen und die Überwindung von solchen gehören zu den täglichen Herausforderungen der Intensivmedizin.

Die Arbeit auf einer Intensivstation ist gekennzeichnet von „High-tech und High-touch“ (Millar und Burnard, 2002): der medizinisch-technischen und psychosozialen Begleitung von Schwerstkranken und deren Angehörigen. Eine enge Zusammenarbeit sowohl im intra- als auch im interprofessionellen Team ist essentiell für eine bestmögliche Therapie dieser höchst vulnerablen Patientinnen*. Das Bedienen der verschiedenen technischen Geräte (zur Überwachung und Unterstützung der Vitalfunktionen) und die Durchführung der komplexen Therapien erfordert eine hohe Präsenz von Pflegefachpersonen am Patientenbett. Deshalb ist auf einer Intensivpflegestation der Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal hoch und mitunter kann dieser nicht gedeckt werden.

1.2. Problemdarstellung

Intensivpflegefachpersonen stehen ständig im Spannungsfeld zwischen der alltäglichen Praxis und ihren moralischen Ansprüchen. Oftmals können sie ihren Beruf nicht gemäss ihren Idealvorstellungen ausüben. Die Paradoxie des Berufsalltags ist im Bereich der Intensivpflege ein bekanntes Phänomen. Einerseits möchten die Pflegefachpersonen eine individuelle Pflege anbieten, andererseits sind die Arbeitsabläufe auf der Intensivstation rational zu organisieren. Eine unzulängliche Personalsituation auf einer Abteilung verhindert, dass Bedürfnisse der Patientinnen umfassend befriedigt werden können. Intensivpflegefachpersonen müssen für die zuweilen als nutzlos empfundenen, für den Betrieb indes wichtigen administrativen Aufgaben (zum Beispiel Leistungserfassung, Abrechnung gewisser Medikamente) viel Zeit aufwenden, welche ihnen hiernach für die direkte Patien-

* Wenn keine geschlechtsneutrale Formulierung möglich ist, wird für beide Geschlechter die weibliche Form benutzt.

tenbetreuung fehlt. Cronqvist, Theorell, Burns und Lützén (2004) erachten die moralischen Verpflichtungen und die Arbeitspflichten der Intensivpflege als komplementäre Dimensionen. Ein Ungleichgewicht zwischen ihnen erzeugt Anspannung und Stress. Schon während ihrer Ausbildung erleben Pflegefachpersonen diesen Widerspruch (Kersting, 2002).

Ebenso werden ihre Wertevorstellungen durch herausfordernde Situationen im Arbeitsalltag in Frage gestellt. Nicht jede technisch machbare Behandlung wird als medizinisch sinnvoll eingestuft (Dembinski, Kuhlen und Quintel, 2011, S.4). Lebenswichtige Körperfunktionen können unabhängig von der Prognose der Erkrankung durch spezifische medizinische Therapien aufrechterhalten werden. So kann der Eindruck entstehen, dass die Behandlung dem betroffenen Menschen keinen Nutzen bietet und dass das Leben sinnlos verlängert wird. Jedoch fehlen der Pflegefachperson oftmals wichtige medizinische Informationen, um die Zweckmässigkeit einer Therapie verstehen zu können. Die Beurteilung über Sinn und Zweck einer Therapie ist individuell verschieden und beruht auf den Wertevorstellungen der einzelnen Person. Desgleichen gibt es nennenswerte Unterschiede in den Wertevorstellungen der Fachgebiete Pflege und Medizin. Das naturwissenschaftliche Menschenbild der Medizin vernachlässigt zu Gunsten von Objektivität und Rationalität die "integrierte Sicht auf Körper, Psyche und Geist" (Salomon, 2009, S. 67). Dies steht im Kontrast zum "psychologisch-emotionalen Menschenbild" der Pflege (Salomon, 2009, S. 66). Deswegen entsteht zuweilen der Anschein, dass der Medizin die ganzheitliche Betrachtung des Menschen fehlt und aus medizinischer Sicht das Überleben der Person stärker gewichtet wird als die momentane und zukünftige Lebensqualität.

Nicht nur zwischen den verschiedenen Professionen bestehen Wertekonflikte. Ebenso beinhalten die ethischen Prinzipien Widersprüche (Maio, 2009, S.1-18, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK], 2013, S.11-20). Beispielsweise stehen die Handlungsmaximen „bonum facere“ (Wohltun/Fürsorge) und „nil nocere“ (Schadensvermeidung) in einem Spannungsfeld und erscheinen oftmals als Gegensätze. Das Legen einer peripheren Verweilkanüle dient der Verabreichung Wohl bringender Medikamente (Fürsorge). Zugleich ist es eine Körperverletzung und kann Schäden verursachen. Dies verletzt das Prinzip der Schadensvermeidung.

Intensivpflegefachpersonen haben gemäss ICN-Ethikkodex (International Council of Nurses, 2010) vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen, Leiden lindern. Häufig müssen sie sich mit Wertevorstellungen (beispielsweise von anderen Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Angehörigen) auseinandersetzen, welche den ihren widersprechen. Situationen lassen sich aus verschiedenen Perspektiven beurteilen und daraus ergeben sich mannigfaltige Handlungsmöglichkeiten. Diejenige, welche die eigenen Werthaltung am besten reflektiert, wird bevorzugt und als „richtig“ erachtet. Handeln Intensivpflegefachpersonen aufgrund äusserer Umstände entgegen ihren persönlichen und beruflichen Wertevorstellungen (zum Beispiel Missachtung einer Patientenverfügung von ärztlicher Seite und somit der Patientenautonomie), entsteht als Folge dieser Wertekonflikte psychischer Stress. Dieses Phänomen wurde 1984 von A. Jameton zum ersten Mal beschrieben und wird seither Moral Distress genannt.

Moral Distress hat sowohl Auswirkungen auf die Wahrnehmung und die Handlungen der betroffenen Pflegefachpersonen (Gutierrez, 2005) als auch auf die Pflege der Patientinnen und deren Angehörigen (Wiegand und Funk, 2012). Die biopsychologischen Reaktionen von Pflegefachpersonen auf Moral Distress sind unter anderem Trauer, Wut, Frustration, Schuld, physische Beschwerden (Kopfschmerzen, Nackenschmerzen), Widerwille gegen die Arbeit, emotionaler oder physischer Rückzug (Gutierrez, 2005). Die Häufigkeit von Moral Distress als Folge von „nutzloser“ Pflege steigt mit den Berufsjahren (Mobley, Rady, Verheijde, Patel und Larson, 2007) und ist assoziiert mit dem Auftreten emotionaler Erschöpfung (Meltzer und Huckabay, 2004). Erneutes Erleben von Moral Distress kann zu einer Verstärkung der emotionellen Reaktion führen, welche wiederum das Stresserleben verstärkt und bei Fortbestehen zur emotionaler Erschöpfung führen kann (Epstein und Hamric, 2009). Moral Distress gilt als ein Grund für Burnout, Arbeitsplatzwechsel oder Abwanderung in ein anderes Berufsfeld (Corley, 1994, zit. nach Gutierrez, 2005, Corley, Elswick, Gorman und Clor 2001, Meltzer und Huckabay, 2004, Wilson, Goettemoeller, Bevan und McCord, 2013, Mason et al., 2014). Durch die Abwanderung von Intensivpflegefachpersonen in andere Berufsfelder, steigt der Mangel an Fachkräften. Dies wiederum erhöht den Druck auf das verbleibende Personal und dieses hat weniger Zeit für die optimale Betreuung der einzelnen Patientinnen. Der Widerspruch zwischen Soll- und Ist-Zustand wird

verstärkt. Dies begünstigt das Entstehen von Moral Distress, wodurch sich ein Circulus vitiosus entwickelt.

1.3. Relevanz

In einer Studie von Ulrich, Lavandero, Woods und Earley (2014) erlebten 60% der Intensivpflegefachpersonen im 2013 gelegentlich bis häufig Moral Distress. Im Vergleich zu früheren Erhebungen ist die Tendenz steigend. In Schweizer Akutspitälern ist Moral Distress ebenfalls ein bekanntes Phänomen (Kleinknecht-Dolf et al., 2014). Der Begriff setzt sich im deutschen Sprachraum erst langsam durch. Meist wird der englische Fachbegriff verwendet. Deutsche Publikationen zu diesem Thema sind derzeit rar. Seit Einführung des Fallpauschalensystems im Schweizer Gesundheitswesen besteht die Befürchtung, dass der Druck auf das Spitalpersonal und somit das Risiko für Moral Distress steigen werden. Im November 2015 soll eine vom Schweizer Nationalfond unterstützte Studie die Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf das Erleben von Moral Distress bei Pflegefachpersonen in Schweizer Akutspitälern untersuchen.

Der Fachkräftemangel im Bereich der Intensivpflege ist ein signifikantes Problem (Schmid, NZZ am Sonntag, 2014). Moral Distress ist ein Grund, weshalb Intensivpflegefachpersonen die Arbeitsstelle oder ihre Profession wechseln, da sie ihre Arbeit als sinnentleert empfinden und nicht gemäss ihres Berufsethos arbeiten können (Corley et al., 2001, Wilson et al., 2013). Aufgrund des Fachkräftemangels ist es für die Praxis essentiell, für Pflegefachpersonen konstruktive Bewältigungsstrategien zu fördern, damit diese motiviert im Beruf bleiben.

Der Beruf der Intensivpflegefachperson ist einerseits interessant und abwechslungsreich, andererseits herausfordernd und anspruchsvoll. Situationen ändern sich rasch und erfordern schnelle Entscheidungen. Die hochentwickelten komplexen medizinisch-technischen Therapien und die gleichzeitige psychische Begleitung der Patientinnen und deren Familien erfordern ein grosses Fachwissen und Engagement. Von einer Intensivpflegefachperson wird deswegen ein hohes Mass an psychischer Stabilität und Belastbarkeit erwartet. Die Fähigkeit zur Stressbewältigung wird demzufolge als ein wichtiger Aspekt in deren Persönlichkeitskompetenz erachtet (Stolecki, 2011, S. 31). Intensivpflegefachleute nutzen verschiedene Strategien zur Bewältigung von Stress; heilsame wie auch schädliche

(Lloyd-Jones, 2002, S. 221-240). Welche Strategien sind förderlich, um Moral Distress zu bewältigen und die Resilienz der Intensivpflegefachpersonen zu stärken? Die Auseinandersetzung mit Grenzen und anderen Wertevorstellungen muss nicht zwangsläufig zu Frustration und Burnout führen. Moral Distress kann wahrscheinlich nicht gänzlich aus den Alltag einer Intensivpflegestation eliminiert werden. Er kann hingegen als Anstoss dienen, um das Moralbewusstsein zu erhöhen und um zur Reflexion der Praxis zu führen (Cronqvist und Nyström, 2007), wodurch die Pflegekompetenzen der Betroffenen erweitert werden.

1.4. Fragestellung und Zielsetzung

Auf folgende Fragestellung soll in dieser Bachelorarbeit vertieft eingegangen werden:

Welche literaturgestützten Möglichkeiten haben Intensivpflegefachpersonen zur erfolgreichen Bewältigung von moralischen Wertekonflikten in ihrem Berufsalltag?

Ziel der Bachelorarbeit ist die Beschreibung erfolgreicher Bewältigungsstrategien von Intensivpflegefachpersonen in Bezug auf Wertekonflikte, welche Moral Distress verursachen.

1.5. Eingrenzung des Themas

Fokus dieser Bachelorarbeit ist die Evaluation konstruktiver, auf Schweizer Verhältnisse übertragbaren Bewältigungsstrategien in Bezug auf Wertekonflikte. Es ist nicht Gegenstand dieser Arbeit, zu eruieren, ob es in den verschiedenen Fachbereichen der Intensivpflege Unterschiede in der Art der Bewältigung gibt. Die Gründe für Unterschiede in der Belastbarkeit, für Burnout oder für häufige Jobwechsel von Intensivpflegefachpersonen werden nicht untersucht. Ebenso kann auf Grund der Rahmenbedingungen der Bachelorarbeit keine Datenerhebung bei Betroffenen durchgeführt werden.

2. Theoretische Verankerung

2.1. Kurze Einführung in das Thema Ethik

Der Begriff Ethik entstammt dem griechischen Wort "éthos" und bedeutet "Gewohnheit, Sitte". Die Ethik ist ein Teilgebiet der Wissenschaft Philosophie und ist die "Theorie des moralischen Handelns" (Grossklaus-Seidel, 2002, S. 107). Sie betrachtet auf einer abstrakten und theoretischen Ebene die "moralischen Probleme, die im Zusammenleben von Menschen auftreten und sich aus unterschiedlicher Beurteilung von Werten ergeben" (Arndt, 1997, S. 16). Grundlage der Ethik ist die Reflexion über die Ziele des menschlichen Handelns und deren Begründung. Das ethisch-moralische Stufenschema (Abbildung 1) bietet eine systematische Übersicht über die Grundlagen der Ethik.

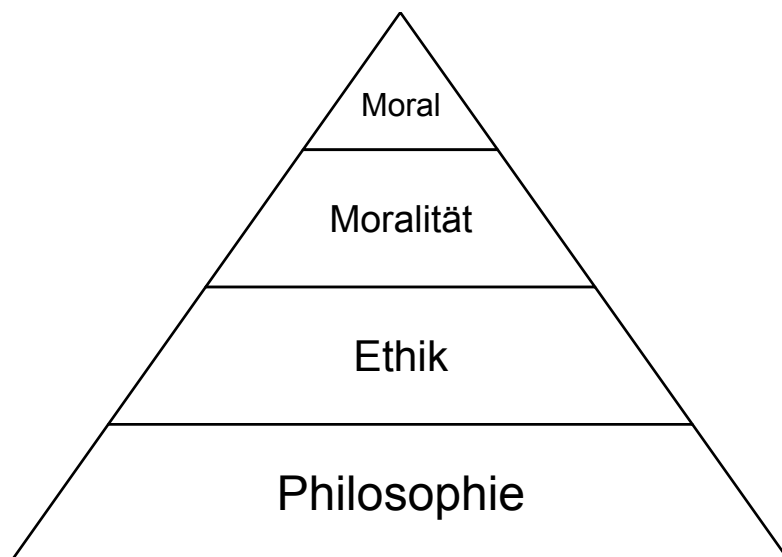


Abbildung 1. EMS - ethisch-moralisches Stufenschema

Philosophie: Wissenschaft, welche sich mit dem Sinn des Lebens beschäftigt.

Ethik: Philosophische Disziplin, die auf theoretischer Ebene Positionen entwickelt (zum Beispiel deontologische Ethik, Diskursethik).

Moralität: Ethische Prinzipien oder Grundsätze (zum Beispiel kategorischer Imperativ, Prinzipien der biomedizinischen Ethik nach Beauchamps und Childress).

Moral: Positionierung der Normen und Werte, wesentlich von Kultur und Religion geprägt.

(Kemetmüller et al., 2011, zit. nach Kemetmüller und Fürstler, 2013, S. 33-35)

2.1.1. Teilbereiche der Ethik

Es werden verschiedene Bereiche der Ethik unterschieden (Brockhaus, 2012)[elektronische Version]:

Deskriptive Ethik:	Untersucht empirisch, beschreibt und erklärt die Normen- und Wertsysteme, ohne diese zu begründen.
Normative Ethik:	Beschäftigt sich mit den Prinzipien des moralisch richtigen Handelns, sucht nach dem Moralprinzip.
Metaethik:	Analysiert den sprachlichen-logischen Status moralischer Begriffe, setzt sich mit der Begründbarkeit von moralischen Urteilen auseinander und untersucht die Methoden moralischer Argumentationen.
Angewandte Ethik:	<p>Beschäftigt sich mit konkreten moralischen Fragen in verschiedenen Praxissituationen der Gegenwart, zum Beispiel Pflegeethik, biomedizinische Ethik, Medienethik.</p> <p>Moral Distress wird dem Bereich der angewandten Ethik zugeordnet (Anmerkung der Autorin).</p>

2.1.2. Wichtige Begriffe der Ethik

Moralität:	"Sittlichkeit, sittliche Gesinnung" (Brockhaus, 2012)[elektronische Version]. Auf dieser Ebene "Bildung von ethischen Grundsätzen und Prinzipien" (Kemetmüller und Fürstler, 2013, S. 23).
Moral:	Der deutsche Begriff entstand aus dem französischen Wort "morale", abgeleitet vom lateinischen "moralis" ("die Sitten betreffend", "mos" = "Sitte, Brauch")(Brockhaus, 2012)[elektronische Version].

Moral:	<p>"Summe der geschriebenen und ungeschriebenen Werte und Normen einer Gesellschaft, Kultur oder Gruppe" (Kemetmüller und Fürstler, 2013, S. 43). "Findet ihren Ausdruck in Bräuchen, Konventionen, Sitten, Regeln, Werten und Normen, an denen sich individuelles Handeln orientieren kann" (Grossklaus-Seidel, 2002, S. 99).</p> <p>Die Begriffe Ethik und Moral werden in der Alltagssprache synonym verwendet. Die Ethik beschäftigt sich jedoch auf einer theoretischeren Ebene mit dem sittlichen Handeln und bezieht sich nicht auf einzelne Handlungen (Kemetmüller und Fürstler, 2013, S. 23).</p>
Wert:	<p>Im soziologischen Sinne eine "grundlegende, zentrale, allgemeine Zielvorstellung und Orientierungsleitlinie für menschliches Handeln und soziales Zusammenleben innerhalb einer Kultur" (Brockhaus, 2012)[elektronische Version]. Werte sind historisch entstanden, kulturspezifisch, beeinflussbar und variabel (Brockhaus, 2012)[elektronische Version].</p>
Wertekonflikt:	<p>Entstehen wenn zwei oder mehrere Werte oder die daraus resultierenden Handlungen in einem Widerspruch stehen, zum Beispiel "Selbstverwirklichung" versus "Leben in einer Gemeinschaft" (Fry, 1995, S. 16).</p>
Norm:	<p>"Massstäbe für eine wertende Beurteilung menschlichen Handelns im regulativen oder ethischen Sinn" (Brockhaus, 2012)[elektronische Version].</p>
Moralischer Konflikt:	<p>Eine erlebte oder beobachtete Situation steht im Widerspruch mit den persönlichen moralischen Werten und es bestehen keine Zweifel an der moralischen Beurteilung (Monteverde, 2014a).</p>

Moralisches Dilemma: Im Unterschied zum moralischen Konflikt ist die moralische Beurteilung unklar und (mindestens) zwei ethische Prinzipien konkurrieren sich (Monteverde, 2014a).

2.2. Moral Distress

2.2.1. Stress

Der Begriff Stress bedeutet "Druck, Anspannung" und entstammt dem englischen Wort "distress" (Sorge, Kummer). Als Stress wird der "Zustand des Organismus bezeichnet, bei dem als Resultat einer inneren oder äußeren Bedrohung das Wohlbefinden als gefährdet wahrgenommen wird und deshalb der Organismus alle seine Kräfte konzentriert und zur Bewältigung der »Gefährdung« schützend einsetzt" (Brockhaus, 2014)[elektronische Version]. Das Stresserleben ist individuell und abhängig von der Bewertung sowie den zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien (Dorsch, 2004). Anhaltender Stress kann zu somatischen Schäden (beispielsweise erhöhter Infektanfälligkeit) und psychischer Erschöpfung (Burnout) führen (Brockhaus, 2014)[elektronische Version].

2.2.2. Bewältigung/Coping/Resilienz

Die Begriffe Bewältigung und Coping sind unterschiedlicher sprachlicher Herkunft, jedoch in ihrer Bedeutung Synonyme (Baldegger, 2000, S.134). Coping ist die Bezeichnung für eine "Vielzahl von Strategien und Verhaltensweisen der Auseinandersetzung mit belastenden Situationen" (Dorsch, 2004), unabhängig von ihrem Erfolg. Es bestehen verschiedene Taxonomien der Copingstrategien/Bewältigungsformen: Berner Bewältigungsformen (Baldegger, 2000, S.134-135), Einteilung in konstruktive und destruktive oder in direkte, indirekte und palliative Formen (Lloyd-Jones, 2002, S.221-222). Als Resilienz wird die "psychische Widerstandsfähigkeit" bezeichnet, die es der einzelnen Person erlaubt, "selbst widrigste Lebenssituationen und hohe Belastungen ohne nachhaltige psychische Schäden zu bewältigen" (Brockhaus, 2012)[elektronische Version].

2.2.3. Moral Distress

1984 wurde das Phänomen Moral Distress zum ersten Mal von A. Jameton wie folgt beschrieben: "Moral Distress entsteht, wenn man weiss, was richtigerweise zu tun wäre, jedoch institutionelle Zwänge es beinahe verunmöglichen, den richtigen Handlungsverlauf zu verfolgen" (Lützn und Kvist, 2012). Seither wurde der Begriff von verschiedenen For-

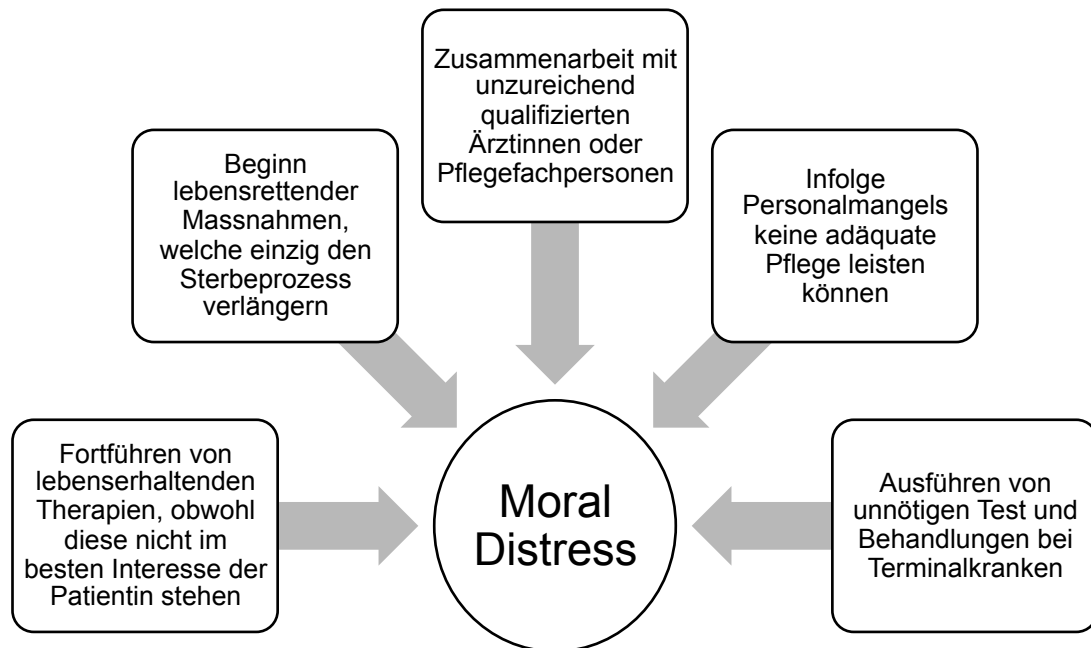
schenden weiterentwickelt, so dass zur Zeit keine einheitliche Definition existiert. Die Abbildung 2 zeigt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Definitionen.

Gemeinsamkeiten	Unterschiede (in Fettschrift)
<p>Eine Person erlebt Moral Distress, wenn äussere Faktoren sie davon abhalten, das zu tun, was sie für richtig hält.</p> <p>Gleichzeitig ist sie sich über ihr Unvermögen bewusst, dass sie nicht gemäss den internalisierten moralischen Richtlinien handeln kann. (Lützén und Kvist, 2012)</p>	<p>Corley et al. (2001): Schmerzhaftes psychisches Ungleichgewicht resultierend aus dem Erkennen der ethisch angemessenen Handlung, jedoch infolge Zeitmangels, der Zurückhaltung von Führungspersonen, behindernden medizinischen Machtstrukturen, institutioneller Richtlinien oder rechtlicher Überlegungen Unvermögen dementsprechend zu handeln.</p>
	<p>Kälvemark Sporrang, Höglund, Hansson, Westerholm, und Arnetz (2004): Traditionell negatives Stresssymptom, welches in Situationen mit ethischen Dimensionen auftritt und die Gesundheitsfachperson den Eindruck hat, dass sie ausserstande ist, alle Interessen und Werte, die diese Situation beinhaltet, bewahren zu können.</p>
	<p>American Association of Critical Care Nurses (2008a): Man weiss die ethisch angemessene Handlung, ist jedoch ausserstande, dementsprechend zu handeln. Man handelt entgegen seinen persönlichen und beruflichen Werten; dies untergräbt die persönliche Integrität und Authentizität.</p>
	<p>NANDA-I (2013): Reaktion auf die Unfähigkeit, die gewählte ethisch-moralische Entscheidung/Handlung auszuführen.</p>
	<p>Varcoe, Pauly, Webster und Storch (2012): Das Erleben einer ernsthaften Beeinträchtigung des moralischen Handelns gemäss akzeptierten beruflichen Werte und Standards. Diese Erfahrung steht in Beziehung zu vielfachen Zusammenhängen, einschliesslich des sozio-politischen und kulturellen Kontexts des Arbeitsplatzumfelds.</p>
	<p>Fournie (2015): Moral Distress ist eine psychologische Antwort auf moralisch herausfordernde Situationen wie zum Beispiel jene infolge eines moralischen Zwangs oder moralischen Konflikts, oder beider.</p>

Abbildung 2. Moral Distress: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Definitionen

Abbildung 3 zeigt Beispiele für Moral Distress auslösende Situationen. Moral Distress hat Auswirkungen sowohl auf die davon betroffene Person als auch auf deren Arbeitsumfeld (Abbildung 4). Moral Distress ist kein intensivpflegespezifische Phänomen. Verschiedene Studien beschreiben das Auftreten von Moral Distress in den folgenden Settings beziehungsweise bei nachstehenden Personengruppen: Akutspital, Palliative Pflege, Psychiatrie, Geburtshilfe, Pflegeassistenz, Pflegeleitung (Burston und Tuckett, 2013). Andere Berufsgruppen erleben ebenfalls Moral Distress: Ärztinnen, Psychiaterinnen, Psychologinnen (Burston und Tuckett, 2013). Sozialarbeiterinnen (Grady, Danis, Soeken, O'Donnel, Tay-

lor, Farrer und Ulrich, 2008), Apothekerinnen (Kälvemark, Höglund und Arnetz, 2006). Mit Moral Distress verwandte Konzepte sind "Stress of Conscience" (Glasberg et al., 2007, zit. nach Lützén und Kvist, 2012) und moralischer Stress (Johnstone, 1999, zit. nach Lützén und Kvist).



Corley et al. (2001), Epstein und Hamric (2009)

Abbildung 3. Beispiele für Moral Distress auslösende Situationen

Emotionelle Auswirkungen	Physische Auswirkungen	Auswirkungen auf das Sozialleben	Auswirkungen auf die Berufsausübung
<ul style="list-style-type: none"> • Trauer • Wut • Frustration • Schuldgefühle • Angst • Empörung • Entmutigung • Hoffungslosigkeit • Hilflosigkeit/Machtlosigkeit • Vermindertes Selbstwertgefühl/Selbstzweifel • Psychische/emotionelle Erschöpfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfschmerzen • Nackenschmerzen • Muskelschmerzen • gastrointestinale Beschwerden • Schlafprobleme • Über die Arbeit träumen/ Alpträume • Palpitationen • physische Erschöpfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle/Sorgen der eigenen Familie/Freundinnen mitteilen • Lebenswillen/-wünsche mit der eigenen Familie besprechen • Physischer Rückzug vom sozialen Umfeld • Ablehnung einer Organspende (Patientenverfügung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Widerwille zur Arbeit zu gehen • Verminderte Arbeitszufriedenheit • Emotioneller/physischer Rückzug • Introspektion und Reflexion: eigene Rolle und Pflegequalität hinterfragen, Arbeitsplatzwechsel in Erwägung ziehen • Ablehnung der Bezugspflege oder Betreuung der betroffenen Patientin • Wechsel des Arbeitsplatzes oder des Berufs

Gutierrez (2005), Elpern, Covert und Kleinpell (2005), Melzer und Huckabay (2004)

Abbildung 4. Auswirkungen von Moral Distress

3. Methode

3.1. Vorgehen

Mit Hilfe einer systematisierten Literaturrecherche wird nach Publikationen gesucht, um die Fragestellung zu beantworten. Im Anschluss erfolgt die kritische Würdigung der eruierten Studien anhand von Evaluationsinstrumenten. Die Qualität der quantitativen und qualitativen Studien sowie einer Guideline wird mit den Instrumenten von Behrens & Langer beurteilt, jene der Review mit dem Critical Appraisal Skills Programm (CASP). Die klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität werden zur Beurteilung der quantitativen Studien verwendet und deren Evidenzlevel nach Kearney (2001) beurteilt. Die Güte der quantitativen Studien wird anhand der Trustworthiness-Kriterien von Lincoln und Guba (1985, zit. nach Polit, Beck, Hungler und Bartholomeyczik, 2004) überprüft und deren Evidenzlevel gemäss Einteilung von Madjar und Walton (2001) eruiert. Anschliessend folgt die Diskussion der Ergebnisse und hieraus werden Empfehlungen für die Praxis abgeleitet.

3.2. Literaturrecherche

Zwischen dem 10. Oktober 2014 und dem 14. November 2014 wurde in folgenden Datenbanken recherchiert: CINAHL, Medline/PubMed, PsycINFO, EMBASE, Cochrane Library. Schlüsselwörter aus der Fragestellung sowie Synonyme und verwandte Begriffe bildeten die Suchbegriffe der Literaturrecherche. Tabelle 1 zeigt verwendete Keywords. Die ausführliche Dokumentation der Literaturrecherche (lediglich die erfolgreichen Suchstrategien) befindet sich im Anhang. Ebenso wurde mit Hilfe der Literaturliste der gefundenen Publikationen und in elektronischen Fachzeitschriften nach weiteren relevanter Quellen gesucht. Ein Flowdiagramm (Abbildung 5) soll die Literaturrecherche nachvollziehbar machen. Für den theoretischen Teil wurde Fachliteratur aus dem Bereich der Ethik und der Psychologie herangezogen.

Tabelle 1

Keywords für die Literaturrecherche

Literaturrecherche	Englische Suchbegriffe
Population	critical care nursing, intensive care nursing, nursing
Setting	critical care, intensive care, critical care unit, intensive care unit
Phänomen	moral distress, moral dilemma, ethical dilemma, morals, ethics nursing, ethics, moral stress, value conflicts
Intervention	strategies, interventions, coping, psychological adaption, ethical behaviour and decision making, ethical reflection, ethic rounds, ethical reasoning, ethical analysis

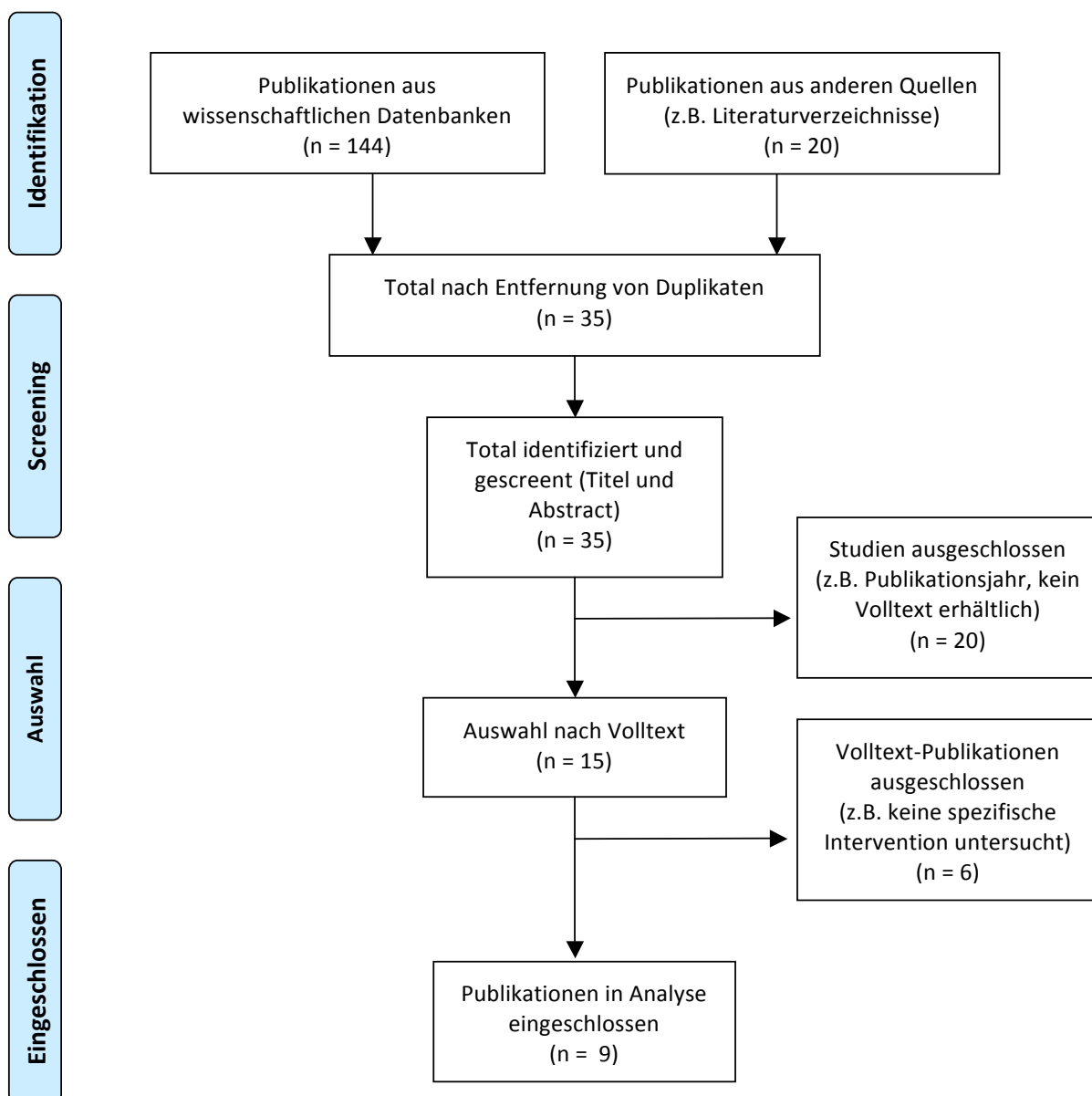


Abbildung 5. PRISMA-Flowdiagramm Literaturrecherche

3.3. Verwendete Evaluationsinstrumente

Die Evaluationsinstrumente von Behrens und Langer sind ausgewählt worden, da sie auf Deutsch publiziert sind. Desweiteren sind sie übersichtlich, benutzerfreundlich und kostenlos zugänglich. Das Buch "Evidence-based Nursing and Caring" (2010) von Behrens und Langer bietet nützliche Erläuterungen zu den Instrumenten. Das Evaluationsinstrument von CASP ist gewählt worden, da kein entsprechendes Instrument von Behrens und Langer erhältlich ist. Die Anwendung dieses Instruments ist mit Hilfe der Erläuterungen auf der Webseite benutzerfreundlich und übersichtlich strukturiert. Zudem ist es kostenlos erhältlich. Die in dieser Arbeit benutzten Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität gelten als Goldstandard für die Gütebeurteilung von quantitativen Studien. Die Trustworthiness-Kriterien von Lincoln und Guba (Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit, Beständigkeit) sind seit 1985 publiziert und für die Beurteilung von qualitativen Forschungsarbeiten etabliert.

3.4. Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterien zur Literatursauswahl waren folgende: englische, deutsche und französische Publikationen, die Studien sollten maximal zehn Jahre alt sein, Publikationen aus den USA oder europäischen Gesundheitssystemen, vorzugsweise Daten von Intensivstationen für Erwachsene. Publikationen wurden ausgeschlossen, wenn sie folgende Kriterien aufwiesen: Studienprotokolle, military hospital /Militärspital, Pflegefachpersonen mit Führungsfunktionen. Da im Gegensatz zu den USA oder anderen europäischen Staaten die Schweiz keine Militärspitäler hat, lassen sich Studien über solche Kliniken nicht auf das Schweizer Gesundheitssystem übertragen. Pflegefachpersonen mit Führungsfunktionen haben mehr Einfluss auf institutionelle Abläufe, somit haben sie im Bezug auf Moral Distress andere Handlungsmöglichkeiten als Pflegefachpersonen am Bett. Überdies ist die Erörterung des Erlebens von Moral Distress bei Führungspersonen nicht Gegenstand dieser Arbeit.

4. Darstellung der Ergebnisse

Bis anhin sind wenige Studien publiziert worden, welche konkrete Interventionen im Umgang mit Moral Distress untersuchten. Alle zu diesem Thema bis dato publizierten Arbeiten wurden für die Beantwortung selektioniert, obwohl bei einigen das Setting nicht gänzlich mit der Fragestellung übereinstimmte (Alterspflege, allgemeine Krankenpflege). Deswegen wurde die Suche auf ethische Interventionen ausgeweitet, welche auf einer Intensivstation angeboten wurden; dies ebenso mit dem Ziel, eine grössere Varianz an möglichen Massnahmen zu erhalten. Neun Publikationen wurden für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählt. Davon wurden vier Publikationen durch die Recherche in verschiedenen wissenschaftlichen Datenbanken gefunden, vier weitere wurden durch die Literaturangaben anderer Artikel ermittelt. Ein klinischer Pflegewissenschaftler vermittelte der Autorin die Studie von Tanner, Albisser Schleger, Meyer-Zehnder, Schnurrer, Reiter-Theil und Pargger (2014). Tabellen 2 und 3 bieten einen Überblick über die einzelnen Publikationen. Detailliertere Zusammenfassungen der Fachartikel befinden sich im Anhang.

Die ermittelten Publikationen zeigen verschiedene Interventionsmöglichkeiten, um das Erleben von Moral Distress zu reduzieren: Workshop/Ethik-Schulung/Weiterbildungsprogramm, ethische Fallbesprechungen (ethics debriefings, ethics rounds, unit-based ethics conversations, moral case deliberations, Ethikvisite), durch eine Guideline angeleitetes individuelles Handeln. Diese Konzepte werden im Folgenden erläutert.

4.1. Workshop/Schulung/Weiterbildungsprogramm

Drei Studien beschreiben die Wirkung eines Workshops beziehungsweise eines Schulungsprogramms, welche zum Ziel hatten, die Erfahrung von Moral Distress zu verringern.

Inhalt des Workshop von Beumer (2008) war, dass Intensivpflegefachpersonen Moral Distress und dessen potenzielle Ursachen erkennen, sowie das Aufzeigen von möglichen Bewältigungsstrategien (Vorstellen der Guideline "The 4 A's to Rise Above Moral Distress" der American Association of Critical Care Nurses [AACN] (2008a) und von Diensten, welche die persönliche Selbstpflege unterstützen). Insgesamt fünf Weiterbildungen wurden im Verlauf von vier Wochen angeboten; jede dauerte eine Stunde. Der Besuch war freiwillig

Tabelle 2. Zusammenfassung der Studien I

Name der Publikation	Autorinnen/Jahr/Land	Fokus der Publikation	Design/Methode	Population	Wichtigste Ergebnisse
Innovative Solutions- The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit Setting	Beumer 2008 USA	Evaluation eines Workshops über MD	Quantitative Interventionsstudie	Intensivpflegefachpersonen sowie Pflegefachpersonen aus dem Personalpool, n=38	<ul style="list-style-type: none"> • Weniger negative oder zynische Gefühle bei der Betreuung von Patientinnen. • Dank WS weniger MD erlebt.
Developing Ethical Competence in Health Care Organisations	Kälvemark Sporrang et al. 2007 Schweden	Evaluation der Wirkung eines Schulungsprogramms über Ethik auf das Erleben von MD	Quantitative Interventionsstudie	Personal von 3 Apotheken und 5 Spitalabteilungen, n=259	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Einfluss auf das Erleben von MD. • Ev. nicht fassbarer Effekt infolge zu geringer Teilnahme, fehlender Regelmässigkeit der Ethikrunden oder zu geringer Sensibilität des Messinstruments.
Educational Interventions in End-of-Life Care: Part I – An Educational Intervention Responding to the Moral Distress of NICU Nurses Provided by an Ethics Consultation Team	Rogers et al. 2008 USA	Evaluation der Wirkung eines Schulungsprogramms auf den Behaglichkeitslevel von Intensivpflegefachpersonen, welche sterbende Neugeborene betreuen	Quantitative Interventionsstudie	Pflegefachpersonal auf einer neonatologischen Intensivstation, n=82	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Behaglichkeitslevels nach Besuch der Module über Symptomanagement und ethische/rechtliche Probleme. • Keine Verbesserung nach Besuch der anderen Module.
Conversations about challenging end-of-life cases: Ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit	Santiago und Abdool 2011 Kanada	Erfahrungsbericht über monatlich stattfindende ethische Debriefings	Keine echte qualitative Studie, Quasi-Fokusgruppeninterview zur Evaluation	Interprofessionelles Team einer medizinisch-chirurgischen Intensivstation Quasi-Fokusgruppeninterview: n=8	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Teilnehmerzahlen nach Implementierung von Änderungen am Konzept. • Dadurch höheres Bewusstsein für Wirkung und Nutzen von ethischen Debriefings.
Klinische Alltagsethik - Unterstützung im Umgang mit moralischem Stress?	Tanner et al. 2014 Schweiz	Evaluation des METAP-Models im Hinblick auf die Reduktion von moralischem Disstress METAP = Module, Ethik, Therapieentscheide, Allokation und Prozess	Qualitative Multizenterstudie	Personal von 3 intensivmedizinischen und 3 geriatrischen Spitalabteilungen Gruppen- und Einzelinterviews: n=77 Fragebogen: n=122	<ul style="list-style-type: none"> • METAP reduziert das Erleben von MD. • METAP verbessert die interprofessionelle Zusammenarbeit und steigert die Handlungskompetenzen der Pflegefachpersonen.

MD = Moral Distress WS= Workshop

Tabelle 3

Zusammenfassung der Studien II

Name der Publikation	Autorinnen/Jahr/Land	Fokus der Publikation	Design/Methode	Population	Wichtigste Ergebnisse
The discovery of deliberation: From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation (MCD) in Dutch elderly care	Van der Dam et al. 2013 Holland	Evaluation der Implementierung des MCD-Models in zwei Alterspflegeorganisationen.	Qualitative Studie zur Implementierung von MCD in 2 Organisationen, spezialisiert in Alterspflege	Pflegefachpersonen aus 2 Pflegeheimen und 1 Altersheim Fokusgruppeninterviews: n=? Einzelinterviews: n=16	<ul style="list-style-type: none"> • Positiver Einfluss auf die Pflegequalität. • Hilfreiche Intervention zur Entlastung von MD. • Kompetenzentwicklung in der Reflexion und Beratung.
An Evaluation of Unit-Based Ethics Conversations (UBEC)	Wocial et al. 2010 USA	Evaluation der Wirkung von UBEC	Qualitative Studie	Pflegefachpersonen von verschiedenen Spitalabteilungen Fragebogen: n=149 Teilnahme an UBEC: n=64 Fokusgruppeninterview: n=8	<ul style="list-style-type: none"> • UEBC hilft, ethische Probleme anzusprechen. • Bestärkt Pflegefachpersonen im Umgang mit ethisch herausfordernden Situationen. • Mögliche Strategie zur Bewältigung von MD.
Ethikvisite auf der Intensivstation	Scheffold et al. 2012 Deutschland	Ethikvisite	Review		<ul style="list-style-type: none"> • Ethikvisite auf der IS derzeit kaum etabliert. • Durch regelmässige Ethikvisiten frühzeitige Identifizierung ethischer Konflikte bevor diese eskalieren. • Etablierung ethischer Strukturen auf einer IS.
The 4 A's to Rise Above Moral Distress	American Association of Critical Care [AACN] 2008 USA	Instrument zur Unterstützung der Bewältigung von MD	Guideline		<ul style="list-style-type: none"> • Mit Unterstützung einer Guideline Erleben von MD reduzieren. • Ziel: persönliche Integrität und Authentizität bewahren.
MD = Moral Distress	IS = Intensivstation				

und Teil der Arbeitszeit. Die Forschende konnte nach Besuch der Workshops bei den Intensivpflegefachpersonen eine positive Wirkung nachweisen (bei der Mehrzahl der Fragebogenitems).

Rogers, Babgi und Gomez (2008) beschreiben das Weiterbildungsprogramm einer neonatologischen Intensivstation, welches die Pflegefachpersonen bei der Betreuung von terminal kranken Säuglingen unterstützen soll. Über ein halbes Jahr fanden einstündige Schulungen zu jeweils einem bestimmten Thema statt: Schmerzmanagement, Symptommanagement, ethische/rechtliche Probleme, Kommunikation/Kultur, Spiritualität/Sorge, Compassion Fatigue. Die einzelnen Schulungseinheiten wurden auf Video aufgezeichnet, damit das Nachschichtpersonal und jene, die nicht an den Schulungen teilnehmen konnten, ebenso davon profitierten. Die Teilnahme am Weiterbildungsprogramm war freiwillig und galt als Arbeitszeit. Die Forschenden konnten nach Besuch der Schulungen bei den Intensivpflegefachpersonen eine Verbesserung des Behaglichkeitslevels feststellen. Statistisch signifikant waren die Resultate indessen lediglich nach den Modulen "Kommunikation/Kultur", "Symptommanagement" und "ethische/rechtliche Probleme". Nach dem Modul über Kommunikation/Kultur zeigte sich eine geringe Verschlechterung des Behaglichkeitslevels. Die verschiedenen Schulungsarten (Frontalunterricht oder Videoaufzeichnung) hatte keinen bedeutenden Einfluss auf die Testresultate.

Das Ethik-Weiterbildungsprogramm von Kälvemark Sporrang, Arnetz, Hansson, Westerholm und Höglund (2007) bestand aus zwei Teilen: einem theoretischen und einem praktischen. Drei Vorlesungen über Ethik, gefolgt von drei Seminaren in Form von Ethikrunden, wurden Mitarbeitenden einer Apotheke und dem interprofessionellen Team einer Spitalabteilung angeboten. Die Teilnahme war auf freiwilliger Basis. Jede Vorlesung dauerte drei Stunden. Inhalt der Vorlesungen waren folgende Themen: ethische Theorien als Werkzeug der ethischen Entscheidungsfindung, Theorien über die menschliche Würde, Aspekte der Medizinethik (z.B. Priorisierung im Gesundheitswesen). In den Ethikrunden wurden ein bis zwei Fällen aus der Praxis der Teilnehmenden besprochen. Sie dauerten eine Stunde und wurden durch die Dozentin der Ethikvorlesungen moderiert. Diese hatte mehrjährige Erfahrung im Führen solcher Runden. Das Forschungsteam konnte keinen statistisch signifikanten Einfluss des Weiterbildungsprogramms auf das Erleben von Moral Dis-

tress eruieren. Die Forschenden führen die fehlende Wirkung auf methodische oder didaktische Mängel zurück (zu wenig sensibles Messinstrument, Inhalt der Vorlesungen, Sistieren der Ethikrunden nach Abschluss der Vorlesungen).

4.2. Ethische Fallbesprechung

Ethische Fallbesprechungen werden in englischen Publikationen unterschiedlich benannt: ethics debriefings, ethics rounds, unit-based ethics conversations, moral case deliberations. Die verschiedenen Begriffe beschreiben einander jedoch sehr ähnliche Konzepte. Nicht jedes Konzept ethischer Fallbesprechungen hat indessen eine interprofessionelle Entscheidungsfindung zum Ziel. Das übergeordnete Ziel aller Fallbesprechungen ist die Reflexion alltagsethischer Probleme oder Fragestellungen.

4.2.1. Ethische Debriefings

Santiago und Abdool (2011) berichten über die Erfahrungen mit monatlich stattfindenden ethischen Debriefings auf einer medizinisch-chirurgischen Intensivstation. Alle auf der Intensivstation involvierten Berufsgruppen nahmen daran teil. Die Sitzungen wurden von der Pflegeexpertin der Abteilung koordiniert und deren Inhalt fokussierte sich auf die alltagsethischen Probleme, welche die Teilnehmenden zu jenem Zeitpunkt beschäftigten. Aus Gesprächen mit Teilnehmenden wurde folgender Nutzen eruiert: proaktive, gemeinsame und einheitliche Planung, Vorbereitung und Umsetzung einer optimalen ganzheitlichen Pflege und Unterstützung der Angehörigen, präventive Einberufung ethischer Debriefings vor Eintreten eines kritischen Ereignisses. Ethische Debriefings ermöglichten die Angleichung an Initiativen der Institution und an Akkreditierungsstandards. Themen aus den ethischen Debriefings wurden Inhalt von "Lunch-and-Learn"-Weiterbildungen.

4.2.2. Module, Ethik, Therapieentscheide, Allokation und Prozess (METAP)

Das multimodulare vierstufige Modell METAP, dessen Wirkung im Hinblick auf die Reduktion von moralischem Distress Tanner et al. (2014) in ihrer Studie evaluierten, bietet eine an den Schweregrad der ethischen Fragestellung angepasste Problemlösung. Die erste Stufe ist die eigene Orientierung mittels Handbuch und Leporello. Auf der zweiten Stufe folgt die Beratung mit einem Faciliator. Dies ist ein speziell geschultes Steuergruppenmitglied. Die dritte Stufe beinhaltet die ethische Fallbesprechung im Behandlungsteam mit definiertem Ablauf. Die Ethikberatung mit einer Ethikfachperson bildet die letzte Stufe des Modells.

Gemäss Tanner et al. (2014) konstatierte die Mehrzahl der Studienteilnehmenden, welche an mindestens zwei ethischen Fallbesprechungen teilgenommen hatten, eine Reduktion von Moral Distress durch METAP. Desweiteren förderte METAP die "Entwicklung des Teambewusstseins und einem Gefühl von Professionalität" (S.5). Interprofessionelle Konflikte infolge ethischer Probleme nahmen nach der Einführung von METAP ab. Aufgrund der systematischen Vorgehensweise bei der Entscheidungsfindung bewirkte METAP eine Reduktion der Belastung im interprofessionellen Team und steigerte die Handlungskompetenz sowie die professionelle Positionierung der Pflegefachpersonen im interprofessionellen Team. Ebenso wurden die "Transparenz ärztlicher Informationen und damit verbundene Entscheide" (S.6) verbessert. Die interprofessionellen Falldiskussionen führten "zu einem Gefühl der gemeinsam getragenen Verantwortung" (S. 6). Dies erlebten die Ärztinnen als eine Entlastung. Desgleichen bewirkte METAP eine "Entlastung bei Unklarheiten in der Therapieplanung" (S.6), da die Teammitglieder Unterstützung bei der Behandlung schwerer Fälle erhielten sowie Behandlungsziele erläutert und evaluiert werden konnten. Bei Meinungsverschiedenheiten mit Angehörigen konnte durch METAP "auf einen gemeinsam getroffenen dokumentierten Entscheid" (S.6.) Bezug genommen werden.

Eine Minderheit der Studienteilnehmenden verneinte eine Reduktion der persönlichen Belastung durch METAP. Wegen zu geringer Erfahrung mit METAP sei für sie eine Beurteilung des Modells ausgeschlossen oder sie äusserten, dass sie keine Belastung durch ethische Probleme erleben würden. Andere berichteten, dass durch METAP eine zusätzliche Belastung entstünde oder dass METAP nicht notwendig sei, da die in der Institution zur Verfügung bestehenden Problemlösungsstrukturen ausreichen würden.

4.2.3. Moral Case Deliberations (MCD)

Das Moral Case Deliberations Modell (moralische Fallberatung) wurde in Holland entwickelt und dessen Verbreitung zur Verbesserung der Pflegequalität staatlich unterstützt. Diese Methode soll die Reflexion und Beratung bei moralischen Problemen am Arbeitsplatz unter der Leitung eines Faciliators erleichtern. MCD wurden in verschiedenen holländischen Gesundheitsorganisationen eingeführt, unter anderem in der Alterspflege. Die Studie von Van der Dam et al. (2013) beschreibt die Implementierung des MCD-Modells in zwei Alterspflegeorganisationen.

Ausgangspunkt für die Diskussion der MCD-Sitzungen ist eine konkrete Fallsituation aus dem Arbeitsalltag der Teilnehmenden, die eine moralische Fragestellung oder Dilemma aufwirft. Im Beratungsgespräch werden die verschiedenen Perspektiven der involvierten Personen (des Fallbeispiels und der MCD-Sitzung) analysiert. Unterschiedliche Blickwinkel bereichern den Dialog und die Ergründung der Fallsituation. Die Fallbesprechung wird durch einen Faciliators geleitet. Dies ist eine Ethikerin oder eine speziell geschulten Person aus der klinischen Praxis. Der Faciliator soll keine Ratschläge erteilen, sondern den Dialog und die Untersuchung des Falls sowie die Erörterung der moralischen Frage erleichtern. Bei Bedarf bittet er Hilfe beim Erstellen eines Handlungsplans. Ein gelungenes Beratungsgesprächs führt gemäss Van der Dam et al. (2013) zur Entwicklung von moralischen Kompetenzen und zur Problemlösungssuche.

Gemäss der Studie von Van der Dam et al. (2013) haben MCD-Sitzungen folgenden Nutzen: Verbesserung der persönlichen Kompetenzen in der Reflexion und Beratung, Erkennen von moralischen Problemen im Alltag, Validation der Sichtweise von Kolleginnen und dadurch ein besseres gegenseitiges Verständnis. Desweiteren hatten die MCD-Sitzungen einen positiven Einfluss auf die Pflegequalität und das Arbeitsklima. Ebenso waren die Ergebnisse der Besprechungen aufgrund der sorgfältigen moralischen Erörterung einfacher kommunizierbar und Gründe für Therapieentscheidungen wurden besser verstanden. Dadurch wurden diese durch das Pflorgeteam eher befolgt. MCD-Sitzungen waren zudem eine hilfreiche Intervention zur Entlastung bei Moral Distress. Diese Erkenntnis war wiederum Motivation für die Teilnahme an Fallbesprechungen. Das Teilen von Gedanken und Gefühlen führte zu emotionaler Entlastung und dies stimulierte die kreative Suche nach alternativen Lösungen ethischer Dilemmata.

4.2.4. Unit-based Ethics Conversations (UBEC)

Das Modell der Unit-Based Ethics Conversations (abteilungsbasierte Ethikgespräche) wurde 2005 am Clarian Health Spital entwickelt (Helft, Bledsoe, Hancock und Wocial, 2009) und 2010 in einer Studie von Wocial, Hancock, Bledsoe, Chamness und Helft evaluiert. UBEC sind abteilungsinterne Besprechungen von ethisch herausfordernden Fallgeschichten der Teilnehmenden und werden durch einen Faciliator begleitet. Dies ist eine in Ethik geschulte Person. Der Faciliator soll eine sichere Gesprächsatmosphäre schaffen, damit

die Teilnehmenden ihre Sorgen äussern und sich gegenseitig Feedback geben können. Ebenso soll er stimulierend in die Diskussion eingreifen, die Fallgeschichten mit ethischen Konzepten in Verbindung bringen und die Reflexion von alltagsethischen Themen ermöglichen. Die Bedürfnisse der Teilnehmenden stehen im Fokus des Beratungsgesprächs, nicht jene der betroffenen Patientinnen oder anderer involvierter Personen. Das Erzählen des persönlichen Erlebnisses soll bei den Teilnehmenden einen Lernprozess in Gang setzen.

Gemäss der Studie von Wocial et al. (2010), an welcher Pflegefachpersonen von sechs verschiedenen Abteilungen aus drei urbanen Spitälern teilnahmen (Onkologie, verschiedene Intensivstationen), fühlten sich die Pflegefachpersonen nach Teilnahme an UBEC im Umgang mit ethisch herausfordernden Situationen besser gerüstet. Die Mehrzahl der Befragten erachtete es als wichtig, über ethische Probleme in der Praxis reden zu können. An den UBEC häufig besprochene Themen waren folgende: informierte Therapieeinwilligung, nutzlose Behandlungen, kommunikative Herausforderungen, Spannungen zwischen Pflege und Medizin. Die Forschenden zeigen hilfreiche Elemente der UBEC auf: Dem Unausgesprochenen eine Stimme geben können, einen Einblick in die Sichtweise der Kolleginnen erhalten, einen sicheren Platz für Diskussionen haben, Validierung der Erlebnisse durch die Teilnehmenden. Die Pflegefachpersonen kritisierten die mangelnde interprofessionelle Teilnahme sowie die fehlende Beschlussfassung des besprochenen Falls. Die neutrale Position des Facilitators wurde von den Pflegefachpersonen geschätzt. Seit der Einführung von UBEC waren Gespräche am Patientenbett über ethische Themen eher möglich und ethischen Themen wurden in klinische Diskussionen integriert. Die befragten Pflegefachpersonen berichten über verbesserte Fertigkeiten im Ansprechen von ethisch herausfordernden Situationen, über ein besseres Verständnis für ethische Konzepte und Prinzipien sowie über die Wertschätzung der Perspektive von Kolleginnen. Die Studienteilnehmenden konstatierten, dass UBEC eine mögliche Strategie zur Bewältigung von Moral Distress sei.

4.2.5. Ethikvisite

Gemäss Scheffold, Paoli, Gross, Riemann und Henneersdorf (2012) verlaufen Ethikvisiten ebenso wie klassische klinische Visiten anhand eines standardisierten Vorgehens und haben folgende Ziele: Frühzeitige Identifikation und Analyse ethisch problematischer und be-

lastender Situationen, Sensibilisierung des interdisziplinären Teams für medizinisch-ethische Fragestellungen. Die Forschenden betonen, dass Ethikvisiten von einer ethisch geschulten Person mit intensivmedizinischem Grundkenntnissen, "ausgewogener sozialer Kompetenz und hoher Kommunikationsfähigkeit" (S. 554) moderiert werden sollten. Ethikvisiten finden in einem vereinbarten Zyklus statt, das gesamte Team der Intensivstation ist involviert. Alle an der Ethikvisite beteiligten Teammitglieder sollen sich "unabhängig von der Krankenhaushierarchie" (S. 554) äussern und ihre Sichtweise einbringen können. Basis des standardisierten Vorgehens sind gemäss Scheffold et al. (2012) die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress. Während der Ethikvisite gesammelte Informationen sollten in der Krankengeschichte der Patienten protokolliert werden.

Die Forschenden konstatieren, dass im Gegensatz zur klinischen Ethikberatung die Ethikvisite auf der Intensivstation derzeit im deutschen Sprachraum kaum etabliert ist. Sie beschreiben folgende Vorteile von Ethikvisiten: die Ethikmoderatorin ist "im Intensivteam während der regelmässig stattfindenden Visiten fest integriert" (S.556), zeitnahe Einbringen ihres Sachverstandes und "Hilfestellung bei der frühzeitigen Identifizierung ethischer Konflikte" (S.556) bevor diese eskalieren, "Etablierung ethischer Strukturen auf einer Intensivstation" (S.556) - unabhängig vom Bestehen eines klinischen Ethikkomitees, "im Idealfall zeitnahe, antizipatorische" sowie "gemeinsam getragene ethische Entscheidungsfindung" (S.556).

4.3. Guideline "The 4 A's to Rise Above Moral Distress"

Die Guideline "The 4 A's to Rise Above Moral Distress" wurde 2006 durch die Ethik-Arbeitsgruppe (Rushton, Westphal, Wavra, Campbell, Delgado, Heath, Jeffers und Tamburri) des AACN entwickelt und 2008 überarbeitet. Sie hat zum Ziel, Intensivpflegefachpersonen bei der Bewältigung von Moral Distress zu unterstützen. Gemäss AACN soll die Guideline zur Schaffung eines gesunden Arbeitsumfelds beitragen, in welchem Intensivpflegefachpersonen Patientinnen und deren Familien optimal betreuen können. Die Leitlinie beinhaltet vier Schritte, welche einen Veränderungsprozess bewirken sollen: Ask, Affirm, Assess, Act - Fragen, Bestätigen, Einschätzen, Handeln. Der Prozess verläuft zyklisch. Dies bedeutet, dass einzelne Schritte bisweilen repetiert werden müssen, um zu einem Erfolg zu führen.

"Ask" ist der erste Schritt und dient der Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion. Ziel ist, dass sich die Intensivpflegefachperson des erlebten Moral Distress bewusst wird. Im Schritt "Affirm" soll der erlebte Stress und das Engagement zur Selbstpflege bestätigt werden. Das Engagement für das Ansprechen von Moral Distress wird als übergeordnetes Ziel genannt. Die Ursachen des persönlichen Moral Distress und die Einflussfaktoren sollen im dritten Schritt ("Assess") identifiziert werden. Desgleichen soll der Schweregrad des Moral Distress und die Handlungsbereitschaft beurteilt (mit Hilfe des Selbstassessmentinstruments der Guideline) sowie eine Risiko-Nutzen-Einschätzung gemacht werden. Als Ziel des dritten Schrittes wird die Bereitschaft für die Erstellung eines Aktionsplans genannt. Bei Unsicherheit sollen die vier "R's" (Relevance, Risk, Reward, Roadblocks - Relevanz, Risiko, Belohnung, Hürden) berücksichtigt und erneut ein Selbstassessment gemacht werden. Der letzte Schritt ("Act") soll das Handeln vorbereiten (Selbstpflegeplan entwickeln, passende Unterstützungsquellen identifizieren, betriebsfremde und hilfreiche Ressourcen ermitteln) und anschliessend die Intensivpflegeperson befähigen, zur Ursache des Moral Distress und der Arbeitsumgebung passende Massnahmen zu ergreifen (verschiedene Quellen und mögliche Massnahmen werden aufgelistet). Das Endziel der Guideline ist die Bewahrung der persönlichen Integrität und Authentizität.

4.4. Kritische Beurteilung der Ergebnisse

Bedeutende Stärken und Schwächen der für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählten Publikationen werden nachfolgend erläutert. Die ausführlichen Beurteilungen der Fachartikel befinden sich im Anhang; desgleichen die Bewertungen der Güte und die Raster der Evidenzlevel für quantitative sowie jene für qualitative Studien.

4.4.1. Innovative Solutions - The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit Setting (Beumer, 2009)

Diese quantitative Studie zeigt eine partiell positive Wirkung des Workshop-Besuchs auf das Erleben von Moral Distress. Ebenso wurde der Workshop von den teilnehmenden Pflegefachpersonen geschätzt. Aufgrund des kleinen Samples (n=38) und des tiefen Messniveaus (Nominalwerte) ist die Aussagekraft der Studie jedoch beschränkt. Der reale langfristige Nutzen des Workshops ist unklar. Eventuell ist das positive Resultat auf einen Testeffekt zurückzuführen. Desweiteren wurde der von der Forschenden entwickelte Fra-

gebogen nicht validiert. Die Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich, dies erschwert den Vergleich der Testergebnisse.

4.4.2. Developing Ethical Competence in Health Care Organisations (Kälvemark Sporrang et al., 2007)

Diese Publikation war die erste Studie, welche eine konkrete Intervention zur Reduktion von Moral Distress untersuchte. Das Schulungsprogramm wurde parallel in zwei verschiedenen Settings (Apotheke, Spital) getestet. Zwischen der Interventions- und Kontrollgruppen bestanden keine demographischen Unterschiede. Vor Beginn des Weiterbildungsprogramms wurde das Sample randomisiert. Auf das Erleben von Moral Distress zeigt das Interventionsprogramm keine Wirkung. Kälvemark Sporrang et al. (2004) führen dies auf methodische Defizite der Untersuchung sowie didaktische Mängel des Schulungskonzepts zurück. Weitere mögliche Gründe sehen die Forschenden im Sistieren der Ethikrunden nach Abschluss des Interventionsprogramms, in der tiefen Teilnahme des Spitalpersonals an den freiwilligen Weiterbildungen (circa 50%) und in der tiefen Rücklaufquote des Follow-up-Fragebogens (51%). Organisatorische Veränderungen innerhalb der Institutionen beider Interventionsgruppen hatten vermutlich zur Bias der Ergebnisse geführt. Desweiteren kann das selbständige Ausfüllen des Fragebogens einen Testeffekt verursachen.

4.4.3. Educational Interventions in End-of-Life Care: Part I (Rogers et al. 2008)

Nach den meisten Weiterbildungsmodulen konnte ein positiver Effekt nachgewiesen werden. Statistisch signifikant ist das Ergebnis lediglich nach den Modulen "Symptommanagement", "ethische/rechtliche Probleme" und "Kommunikation/Kultur". Ein Testeffekt nach den Schulungseinheiten könnte zu falsch positiven Resultaten geführt haben. Das benutzte Testinstrument wurde von den Autorinnen der Studie entwickelt und zeigte in der Evaluation eine fragliche Inhaltsvalidität. Dies begrenzt die Aussagekraft der Ergebnisse. Der Langzeiteffekt des Weiterbildungsprogramms wurde nicht untersucht. Die Studienteilnehmenden entsprachen sich: sie waren alle Intensivpflegefachpersonen und arbeiteten auf derselben neonatologischen Abteilung. Der Vergleich mit einer Kontrollgruppe wurde nicht unternommen. Die Autorinnen der Studie sprechen lediglich im Einführungsteil über Moral Distress. Seltsamerweise nehmen sie danach nicht mehr Bezug zu diesem Thema.

4.4.4. Conversations about challenging end-of-life cases (Santiago und Abdool, 2011)

Diese Publikation ist keine echte Studie, sondern ein Evaluationsbericht von Expertinnen mit einem Quasi-Fokusgruppeninterview. Der Evidenzlevel der Review liegt deswegen auf Stufe 5 (Kearney, 2001). Da der Fachartikel Elemente einer qualitativen Studie (Untersuchung mit Ergebnis) aufweist, wurde zu dessen Beurteilung das Instrument für qualitative Studien von Behrens und Langer verwendet. Über Moral Distress wird im Einführungsteil berichtet. Hingegen fehlen Aussagen zum Nutzen der ethischen Debriefings bei der Bewältigung von Moral Distress. Eventuelle Nachteile ethischer Debriefings werden nicht genannt. Die Implementierung der Änderungen am Konzept "Ethische Debriefings" zur Erhöhung der Teilnehmerzahl werden im Fachartikel ausführlich erläutert und deren positiven Effekte aufgezeigt.

4.4.5. Klinische Alltagsethik (Tanner et al., 2014)

Die Hypothese dieser qualitativen Studie ist klar formuliert und daraus wird die Forschungsfrage logisch abgeleitet. Die Glaubwürdigkeit des positiven Effekts wird durch die Triangulation der Datensammlung erhöht. Die aus der Analyse der Interviewdaten resultierenden Categoriesysteme wurden bei der Dateninterpretation einzeln auf Intra- und Interraterreliabilität geprüft sowie extern validiert. Die Stichprobe der Einzel- und Gruppeninterviews ist für das qualitative Studiendesign relativ gross (Einzelinterviews: n=33, Gruppeninterviews: n=44). Widersprüchliche Aussagen der Teilnehmenden werden nicht verschwiegen. Die Rücklaufquote des Fragebogens betrug lediglich 57%. Die Daten des Fragebogens konnten wegen der Heterogenität der Stichprobe bei der Interpretation nicht gleichwertig wie die Interviewdaten gewichtet werden und dienten deswegen ausschliesslich zur Stützung bestehender inhaltlicher Trends der qualitativen Interviewdaten. Der Kontext ist beschrieben, es fehlen Angaben zu den Fachbereichen der Intensivstationen, zur Arbeitssituation der Studienteilnehmenden, zur Grösse der Abteilungen sowie Beispiele für häufige ethische Themen im klinischen Alltag. Dies vermindert die Übertragbarkeit und Zuverlässigkeit der Resultate.

4.4.6. The discovery of deliberation (Van der Dam et al., 2013)

Die MCD-Methode wird von den Forschenden anschaulich erläutert und der Implementierungsprozesses in den Alterspflegeorganisationen ausführlich geschildert. Ebenso ist der

Forschungsprozess dicht beschrieben. Infolge der langen Periode der Datensammlung (über zwei Jahre) wurde wahrscheinlich eine Sättigung (annähernd) erreicht. Die Triangulation der Datensammlung erhöht die Aussagekraft der Ergebnisse. Mitarbeitende der Alterspflegeorganisationen, welche MCD weniger unterstützten, wurden in den Implementierungsprozess ebenfalls miteinbezogen. Die Daten wurden durch drei verschiedene Forschende ausgewertet, dies erhöht die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse. Die Teilnehmenden und der Kontext werden knapp beschrieben. Demographischer Daten fehlen. Dies erschert die Übertragbarkeit der Resultate. Die Ergebnisse werden nicht nach Art der Datensammlung getrennt aufgelistet oder erläutert. Der Forschungsprozess wurde nicht durch eine externe Fachperson überprüft. In der Einführung nehmen Van der Dam et al. nicht explizit Bezug zum Thema Moral Distress. Sie belegen jedoch im Ergebnisteil die positive Wirkung des Instruments auf das Erleben von Moral Distress.

4.4.7. Unit-Based Ethics Conversations (Wocial et al., 2010)

Diese Studie zeigt auf, dass Pflegefachpersonen die Möglichkeit der Reflexion von alltagsethischen Problemen als wichtig erachten. Das Format der UBEC ist knapp beschrieben, jedoch wird auf die ausführliche Beschreibung in einem anderen Fachartikel (Helft et al., 2009) hingewiesen. Die Daten der Fokusgruppeninterviews wurden von zwei Forschenden analysiert und nachfolgend wurden die Kodes angeglichen. Dieses Vorgehen erhöht die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse. Die Beschreibung der Datensammlung ist bescheiden, Zeitpunkt und Dauer der Datenerhebung werden nicht erwähnt. Ebenso fehlen Angaben zur Arbeitssituation auf den einzelnen Abteilungen sowie zur Grösse der Abteilungen, indes werden die Fachgebiete genannt. Die Rücklaufquote des Fragebogens ist äusserst tief (25%), deswegen ist die Aussagekraft dieser Daten gering. Der Forschungsprozess oder die Resultate wurden nicht durch eine externe Fachperson überprüft. Die Ergebnisse wurden nicht mit den Teilnehmenden besprochen, dies reduziert die Glaubwürdigkeit der Studie. Die Autorinnen der Studie konstatieren, dass die Unklarheit über den regelmässigen Besuch der UBEC die Beurteilung des Nutzens dieses Programms erschwert.

4.4.8. Ethikvisite auf der Intensivstation (Scheffold et al., 2012)

Das Instrument Ethikvisite wird von Scheffold et al. detailliert erläutert. Erwartete Vorteile sowie der erlebte Nutzen aus klinischen Erfahrungen werden geschildert, jedoch ohne

Nachweis durch Forschungsergebnisse. In der Review wird keine explizite Verbindung zum Thema Moral Distress gemacht. Der Fachartikel ist kein Bericht über eine Studie, sondern die Darlegung einer Expertenmeinung. Deswegen fehlt ein fundierter Wirkungsnachweis. Der Evidenzlevel liegt auf Stufe 5 (Kearney, 2001). Nachteile von Ethikvisiten werden nicht genannt.

4.4.9. The 4 A's to Rise Above Moral Distress (AACN, 2008)

Diese Guideline gibt der einzelnen Pflegefachperson eine Handlungsoption - unabhängig von Vorhandensein anderer Unterstützungsangebote (zum Beispiel ethische Fallbesprechungen). Sie bietet Hilfe zur Selbsthilfe. Die einzelnen Schritte sind proaktiv, antizipieren mögliche Risiken und sind sehr ausführlich formuliert. Die Leitlinie ist kostenlos auf der Homepage des Berufsverbands (AACN) erhältlich. Ausführlicheres Schulungsmaterial ist indessen kostenpflichtig (CD-ROM, Instruktionsmanual). Die Guideline ist genügend ausführlich beschrieben, damit sie in der Praxis korrekt umgesetzt werden kann. Es werden brauchbare Instrumente zum Selbstassessment und zur Nutzen-Risiko-Einschätzung präsentiert. Der Evidenzlevel liegt auf Stufe 5 (Kearney, 2001), da die Leitlinie auf Expertenmeinungen und Fachbücher beruht. Zur Erstellung der Guideline wurden keine Studien verwendet. Lediglich eine Dissertationsarbeit (Powell, 2012) belegt den Nutzen der Leitlinie in der Praxis. Die Guideline wird hingegen in einigen Fachartikeln zitiert und deren Anwendung empfohlen.

5. Diskussion

5.1. Literaturrecherche

Die Recherche auf der Datenbank CINAHL mit dem Keyword "Moral Distress" und dem Schlagwort "Critical Care Nursing" ergibt 70 Treffer. Zur Beantwortung der Fragestellung konnten per Datenbankrecherche lediglich vier Publikationen eruiert werden. War die Suchstrategie zu eng gefasst, beispielsweise das Setting zu spezifisch? Hätte eine längere Suchperiode zu einem besseren Resultat geführt? Derzeit sind unzählige wissenschaftliche Fachartikel zum Phänomen Moral Distress publiziert; jedoch wenige, welche die Wirkung stresslindernder Interventionen untersuchten. Verschiedene Forschende (Burston und Tuckett, 2013, Hamric, 2012, Tanner et al., 2014) weisen ebenfalls auf diesen Mangel hin. Weitere Studien zu Moral Distress reduzierender Massnahmen sind deswegen ange-

zeigt. Desweiteren bestehen verschiedene Definitionen des Phänomens. Dies erschwert den Vergleich der Studienresultate und beeinträchtigt die Entstehung eines Grundlagewissens (Hamric, 2012). Zudem stellt sich die Frage, welche Relevanz die Unterschiede der Definitionen hinsichtlich Stressbewältigung haben. Vermutlich haben die verschiedenen Begriffsdefinitionen einen Einfluss auf die Wahl der Bewältigungsstrategien. Die Verfügbarkeit evidenzbasierter Bewältigungsstrategien hat für Intensivpflegefachpersonen in der Praxis indes eine höhere Priorität als eine umfassende Begriffsdefinition.

5.2. Allgemeines zur Bewältigung von Moral Distress

Das Stresserleben ist individuell und persönlichkeitsabhängig, desgleichen die Stressbewältigung. Jedoch beeinflussen äussere Umstände (soziales Umfeld, Arbeitssituation), die Wahl der Bewältigungsstrategien und interagieren mit dem Stresserleben. Deswegen ist Stressbewältigung äusserst komplex und viele Faktoren sind zu berücksichtigen. Gemäss AACN ist jede Intensivpflegefachperson und ebenso jede Institution verantwortlich, Moral Distress reduzierende Massnahmen zu ergreifen (AACN, 2008b). Strategien zur Bewältigung von Moral Distress können demzufolge auf der Ebene der Einzelperson und auf der Ebene der Institution ergriffen werden. Moral Distress verursachende Faktoren sollten soweit möglich beseitigt oder reduziert werden. Arbeitsplatzigenschaften haben einen Einfluss auf das Erleben von Moral Distress beziehungsweise können zu diesem Phänomen führen. Zeitnot, fehlende Autonomie der Pflegefachperson, hohe Arbeitslast, keine Besprechungsmöglichkeiten im Team sowie ein instrumenteller Führungsstil erhöhen das Risiko, Moral Distress zu erleben (de Veer, Francke, Struijs und Willems, 2012). Desweiteren darf der Einfluss der Gesundheitspolitik nicht unterschätzt werden. Politische Entscheide haben oftmals Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Intensivpflegefachpersonen und können somit die Entstehung von Moral Distress fördern sowie vermindern. Die Schaffung eines gesunden Arbeitsumfelds ist daher eine mögliche Strategie zur Reduktion von Moral Distress (AACN, 2008). Institutionen sollten spezielle Massnahmen (beispielsweise ethische Fallbesprechungen) anbieten, welche die Teammitglieder in der Stressbewältigung unterstützen. Gleichzeitig greift jede Einzelperson bei Moral Distress zu ihren individuellen Bewältigungsstrategien. Derzeit ist keine Studie publiziert, welche erfolgreiche individuelle Bewältigungsstrategien untersucht hat. Studien zu diesem Thema sind wünschenswert.

5.3. Individuelle Stressbewältigung

Im ICN-Ethikkodex werden Pflegefachpersonen ermahnt, "auf ihre eigene Gesundheit zu achten, um ihre Fähigkeiten zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen" (ICN, 2010, S. 3). Dies bedeutet, dass eine Pflegefachperson bei erlebtem Moral Distress nach erfolgreichen Copingstrategien suchen sollte, bis sie die innerpsychische Balance wiedererlangt hat. Moral Distress muss nicht zwangsläufig zu Arbeitsplatzwechsel und Burnout führen. Gemäss Wiegand und Funk (2013) "kann Gutes aus schlechten Situationen entstehen". Cronqvist und Nyström (2007) beschreiben, dass moralischer Stress das Moralbewusstsein erhöhen und zur Reflexion über den Umgang mit schwierigen Praxissituationen anregen kann. Dies verbessert die Pflegekompetenzen der einzelnen Berufsperson sowie des gesamten Teams.

Auf der Ebene der einzelnen Berufsperson regt die Guideline "4 A's to Rise above Moral Distress" (AACN, 2008a) zur kritischen Selbstreflexion an. Gemäss Lawrence (2011) bewirkt angeleitete kritische Selbstreflexion eine Linderung von Moral Distress. Die AACN-Moral-Distress-Guideline verhilft Intensivpflegefachpersonen selbst aktiv zu werden und die negativen Erlebnisse nicht zu erdulden. Sie ermutigt zum eigenständigen, selbstverantwortlichen Handeln. Einige Hindernisse sind jedoch zu beachten und wurden von Pavlish, Henriksen Hellyer, Brown-Saltzman, Miers und Squire (2013) in einer Studie beschrieben: Der Mangel an ethischem Wissen oder fehlendes Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten kann ein Hindernis darstellen. Ebenso hinterfragten die Studienteilnehmenden ihr eigenes ethisches Urteil oder fürchteten, beim Ergreifen von Handlungen bei moralischen Konflikten als "Unruhestifterinnen" zu gelten. Zu beachten ist, dass die Wirkung der AACN-Moral-Distress-Guideline bis anhin lediglich in einer Dissertationsarbeit evaluiert wurde. Ein leicht positiver Effekt konnte nachgewiesen werden. Trotz ausstehendem Wirkungsnachweis wird die Anwendung der AACN-Moral-Distress-Guideline in verschiedenen Publikationen empfohlen.

5.4. Stressbewältigung auf Ebene der Institutionen

In Institutionen bestehen verschiedene Möglichkeiten, um die Auswirkungen von Moral Distress zu reduzieren: ethische Fallbesprechungen, Weiterbildungsprogramme, Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Burston und Tuckett (2013) zeigen auf, dass Weiterbildung über Ethik das Wissen über relevante Richtlinien und Gesetze

steigert sowie die Sensibilität für ethische Themen im klinischen Alltag erhöht. Grady et al. (2008) belegen, dass Bildung in Ethik das Vertrauen in die persönlichen Fähigkeiten bei der Beurteilung einer moralischen Situation erhöht und sich die Pflegefachpersonen im Umgang mit ethischen Situationen besser vorbereitet fühlen. Gemäss Grady et al. (2008) erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, moralisch zu handeln. Interne Ethik-Weiterbildungen steigern die Motivation der Pflegefachpersonen, im Job zu verbleiben (Hart, 2005). Es ist indes zu berücksichtigen, dass theoretische Ethikbildung unter Umständen wiederum Moral Distress verursachen kann. Werden in den Schulungen keine Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt oder wenn durch das grössere Wissen die Erwartungen der Intensivpflegefachperson an sich selbst steigen, besteht ein erhöhtes Risiko, Moral Distress zu erleben (Browning, 2013).

Die Studienergebnisse betreffend Ethikweiterbildung und deren Auswirkung auf Moral Distress sind widersprüchlich. Zwei Studien (Beumer, 2008, Rogers et al., 2008) weisen eine Stressminderung nach, Kälvemark Sporrang et al. (2007) können keinen Effekt belegen. In den drei Studien werden drei verschiedene Messinstrumente verwendet, dies mindert die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Die Qualität der Messinstrumente in den Studien von Beumer (2008) und Rogers et al. (2008) ist zweifelhaft. Kälvemark Sporrang et al. (2007) führen den fehlenden Effekt der Intervention unter anderem auf die tiefe Teilnahme am Schulungsprogramm sowie auf Mängel des Messinstruments zurück. Weitere Studien zu diesem Thema sind deswegen wünschenswert.

In den Curricula der Schweizer Intensivpflege-Weiterbildungen ist Ethikunterricht integriert. Trotzdem scheint sich dieses Wissen nicht präventiv auf das Auftreten von Moral Distress auszuwirken. Sind die Unterrichtsinhalte zu theoretisch und schwierig in die Praxis umzusetzen? Welche Faktoren behindern die Ethikbildung im Gesundheitswesen? Studien von Monteverde (2014b, 2014c) generieren mögliche Antworten auf diese Fragen. Sie beschreiben solche Lernschwierigkeiten und untersuchen den Effekt innovativer Ethik-Schulungsprogramme auf die moralische Resilienz der Studierenden.

5.5. Ethische Fallbesprechungen

Ethikvisite, ethische Debriefings, UBEC, MCD und METAP sind mögliche Konzepte für ethische Fallbesprechungen. Die Wirkung von Ethikvisiten (Scheffold et al., 2012) sowie

jener von ethischen Debriefings (Santiago und Abdool, 2011) auf Erleben von Moral Distress ist bis anhin nicht untersucht worden. Tanner et al. (2014), Van der Dam et al. (2013) und Wocial et al. (2010) konstatieren den stresslindernden Effekt von ethischen Fallbesprechungen. Im Alltag über philosophische Themen (zum Beispiel Ethik) zu reden gilt als schwierig. Regelmässige Diskussionen über ethische Themen und Probleme fördern die Argumentationsfertigkeiten (Van der Dam et al., 2013, Wocial et al., 2010) und verbessern die "ethische Sprachfähigkeit" (Grossklaus-Seidel, 2002, S. 205-216, S., Salomon, 2009, S. 38). Da ethische Debriefings und Ethikvisiten regelmässig stattfinden, ist anzunehmen, dass sie sich präventiv auf das Erleben von Moral Distress auswirken. In keiner der für diese Arbeit gewählten Publikationen werden mögliche negative Auswirkungen von ethischen Fallbesprechungen genannt.

Ethische Fallbesprechungen bieten die Gelegenheit, die verschiedenen Perspektiven und Wertvorstellungen der Teilnehmenden zu eruieren und zu honorieren (Van der Dam et al., 2013, Wocial et al., 2010). Sie fördern den interprofessionellen Dialog und verbessern die Zusammenarbeit des Teams (Van der Dam et al., 2013, Tanner et al., 2014). Eine bessere interprofessionelle Kommunikation erhöht die Arbeitszufriedenheit und minimieren Moral Distress auslösende Situationen (Hamric und Blackhall, 2007, Rice, Rady, Hamrick, Verheijde und Pendergast, 2008). Ethische Fallbesprechungen bieten die Möglichkeit, aus konkreten Situationen zu lernen, die persönliche ethischen Fertigkeiten zu verfeinern und das Verständnis für ethische Konzepte und Prinzipien zu verbessern (Wocial et al., 2010, Robichaux, 2012). Wissen über Ethik kann anhand konkreter Situationen mit der klinischen Praxis verbunden werden und ist sodann weniger abstrakt. Während ethischen Fallbesprechungen können Therapieziele vertieft erläutert werden und es kann auf eventuelle Zweifel am Therapienutzen eingegangen werden (Van der Dam et al., 2013, Wocial et al., 2010, Tanner et al., 2014). Diese Klärung ist äusserst empfehlenswert, zumal als nutzlos beurteilte Pflege zu emotioneller Erschöpfung führen kann (Meltzer und Huckabay, 2004). Überdies besteht eine negative Korrelation zwischen der Teilnahme von Pflegefachpersonen an interprofessionellen Besprechungen und Häufigkeit von Moral Distress (Browning, 2013). Desweiteren ist zu beachten, dass die Nutzung von Unterstützungsangeboten von drei Faktoren abhängig ist: vom Vorhandensein solcher Angebote, deren Erreichbarkeit (zum Beispiel abteilungsintern, in der Überlappungszeit von Früh- und Spät-

dienst angeboten) sowie der Empfänglichkeit des Personals (zum Beispiel Motivation, Bereitschaft für kritische Selbstreflexion) für solche Dienste (Cronqvist, Lützén und Nyström, 2006).

Kritische Selbstreflexion kann in der Sinnfindung helfen; dies lindert das Leiden an Moral Distress (Browning, 2013). Dem Erlebten eine Bedeutung geben ist essentiell für eine konstruktive Stressbewältigung (Gutierrez, 2005). Gemäss Frankl wird "der Mensch nicht durch Leiden zerstört, er wird durch Leiden ohne Sinn zerstört" (Frankl, 1995, zit. nach Gutierrez, 2005). Die individuelle Stressbewältigung ist abhängig von der Persönlichkeit sowie den zur Verfügung stehenden Hilfsangeboten. Welche Möglichkeiten haben Einzelpersonen oder Institutionen zur Förderung von moralischer Resilienz? Die Erörterung dieser Fragestellung ist ein empfehlenswertes Thema für wissenschaftliche Untersuchungen oder Fachdiskussionen.

6. Empfehlungen für die Praxis

Intensivpflegende haben verschiedene Möglichkeiten zur erfolgreichen Bewältigung von Moral Distress. Sie können ethische Reflexionsrunden oder Ethik-Weiterbildungen initiieren und daran teilnehmen, Instrumente zur kritischen Selbstreflexion benützen ("The 4 A's to Rise Above Moral Distress", AACN, 2008) und sich für bessere Arbeitsbedingungen einsetzen. Die Professionalisierung der Pflege bedeutet überdies, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen und für kritische Selbstreflektion offen zu sein. Ethische Reflexionsrunden bieten die Möglichkeit, zu persönlichen Erlebnissen Distanz zu nehmen und die eigenen Wertvorstellungen differenziert zu betrachten. Eigenverantwortlichkeit bedeutet zudem, Mut zu moralischem Handeln zu haben und die Initiative zur Änderung der unangenehmen Situation zu ergreifen.

Es hat sich gezeigt, dass regelmässige ethische Fallbesprechungen zu einer Reduktion von Moral Distress führen. Deswegen ist die Implementierung solcher Sitzungen in der Praxis sehr zu empfehlen. Das Modell METAP wurde am Universitätsspital Basel entwickelt. Verschiedene Schweizer Spitäler arbeiten mit diesem Instrument. Als Vorteil gegenüber anderen Modellen der Alltagsethik erscheint die situationsangepasste Eskalationsmöglichkeit, denn das Handeln ist abhängig vom Ausmass des ethischen Problems. Bei-

spielsweise unterstützen Hilfsmittel die Intensivpflegefachperson bei der Klärung der ethischen Problemstellung. Bei Bedarf können ethische Fallbesprechungen einberufen werden. Die kritische Selbstreflexion sowohl für Individuen als auch für Arbeitsteam ist im Modell METAP integriert. Der Zugang zu alltagsethischen Themen ist niederschwellig und motivierend. Deswegen erscheint die Anwendung von METAP empfehlenswert.

Der Umgang mit Widersprüchen (zum Beispiel Wertekonflikte) sollte bereits in der Ausbildung gelernt werden. Eine Balance zwischen den moralischen Ansprüchen und der klinischen Praxis zu finden, kann das Erleben von Moral Distress mindern. Regelmässige Inter- oder Supervisionssitzungen bieten die Möglichkeit, Widersprüche der klinischen Praxis sowie der eigenen Werthaltungen zu reflektieren und an Schwierigkeiten zu wachsen. In der Praxis können erfahrende Intensivpflegefachleute als Mentorinnen die Studierenden in ethisch herausfordernden Situationen beraten.

7. Schlussfolgerung

Das Erleben von Moral Distress ist individuell, abhängig von der persönlichen Einschätzung der betroffenen Person. Zugleich beeinflussen Arbeitsplatzfaktoren die individuelle Stressbewältigung und können diese behindern beziehungsweise unterstützen (zum Beispiel ethische Fallbesprechungen). Stressbewältigung findet somit auf verschiedenen Ebenen statt. Infolgedessen ist es schwierig, allgemeingültige, wissenschaftlich fundierte Handlungsmöglichkeiten zur persönlichen Stressbewältigung aufzuzeigen. Desweiteren wird trotz Optimierung der Arbeitssituation und Entwickeln von Unterstützungsangeboten Moral Distress wahrscheinlich nie gänzlich eliminiert werden können. Dennoch ist es essentiell, sich auf konstruktive Weise mit den beruflichen Schattenseiten auseinanderzusetzen. Selbstreflexion (alleine oder in einer Gruppe) bietet die Möglichkeit, aus schwierigen Situationen zu lernen und moralische Resilienz zu entwickeln, denn es hat sich gezeigt, dass die kognitive Auseinandersetzung mit den persönlichen und fremden Wertevorstellungen die Belastung durch Moral Distress senkt.

8. Verzeichnisse

8.1. Literaturverzeichnis

- American Association of Critical Care Nurses. (2008a). *The 4A's to Rise Above Moral Distress*. Heruntergeladen von http://aacn.org/WD/Practice/Docs/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf am 23.10.2014.
- American Association of Critical Care Nurses. (2008b). Moral distress public policy position statement. Heruntergeladen von http://aacn.org/WD/Practice/Docs/Moral_Distress.pdf am 28.10.2013.
- Arndt, M. (1997). Grundlagen der Ethik. In M. Arndt (Hrsg.), *Ethisch denken: Massstäbe zum Handeln in der Pflege* (S. 16-24). Stuttgart: Thieme.
- Babgi, A., Rogers, S., Gomez, C. & McMahon, R. L. (2008). Educational interventions in end-of-life care: part II: psychometric development of an instrument to measure nursing comfort after an educational intervention in end-of-life care: the "Comfort Level Caring for Dying Infants" (CLCDI). *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 8(1), 66-70.
- Baldegger, E. (2000). Bewältigung/Coping. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3* (S. 125-144). Bern: Hans Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3 Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Kritische Beurteilung von Interventionsstudien*. Heruntergeladen von http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPfle gewissenschaften/Hallesche_Beiträge_und_EBN/Interventionsstudie.pdf am 20.11.2014.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Kritische Beurteilung von Qualitativen Studien*. Heruntergeladen von http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPfle gewissenschaften/Hallesche_Beiträge_und_EBN/QualitativeStudie.pdf am 20.11.2014.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Kritische Beurteilung von Standards und Leitlinien*. Heruntergeladen von http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPfle gewissenschaften/Hallesche_Beiträge_und_EBN/StandardsLeitlinien.pdf am 20.11.2014.

- Beumer, C. M. (2008). Innovative solutions: the effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 27(6), 263-267.
- Brockhaus - Wissensservice. Heruntergeladen von <https://fh-zuer.brockhaus-wissensservice.com/> am 5.12.2014.
- Browning, A. M. (2013). Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 143-152. doi:10.4037/ajcc2013437
- Burston, A. S. & Tuckett, A. G. (2013). Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing ethics*, 20(3), 312-324.
- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- Critical Appraisal Skills Programme (2013). *Systematic Review Checklist*. Heruntergeladen von http://media.wix.com/ugd/dded87_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.pdf am 12.11.2014.
- Cronqvist, A., Lützén, K. & Nyström, M. (2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 405-413. doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00631.x
- Cronqvist, A. & Nyström, M. (2007). A theoretical argumentation on the consequences of moral stress. *Journal of Nursing Management*, 15(4), 458-465. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00764.x
- Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T. & Lutzen, K. (2004). Caring about--caring for: Moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing Ethics*, 11(1), 63-76.
- Dembinski, R., Kuhlen, R. & Quintel, M. (2011). Möglichkeiten und Grenzen der Intensivmedizin. In H. Burchardi, R. Larsen, G. Marx, E. Muhl & J. Schölmerich (Hrsg.). *Die Intensivmedizin* (11. Aufl., S. 3-8). Berlin: Springer.
- De Veer, A. J., Francke, A. L., Struijs, A. & Willems, D. L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 50(1), 100-108.

- Elpern, E. H., Covert, B. & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 14(6), 523-530.
- Epstein, E. G. & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-342.
- Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29(2), 91-97. doi:10.1111/bioe.12064
- Fry, S. (1995). *Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung zur ethischen Entscheidungsfindung* (S.16). Eschborn: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
- Grady, C., Danis, M., Soeken, K. L., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A. & Ulrich, C. M. (2008). Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? *The American Journal of Bioethics*, 8(4), 4-11.
- Grossklaus-Seidel, M. (2002). *Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren und begründen können*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gutierrez, K. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions Of Critical Care Nursing: DCCN*, 24(5), 229-241.
- Häcker, H. & Stapf, K. (Hrsg.) (2004). *Dorsch - Psychologisches Wörterbuch* (14 Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Hamric, A. B. (2012). Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. 24(1), 39-49.
- Hamric, A. B. & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422-429.
- Hart, S. E. (2005). Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 173-177.
- Helft, P. R., Bledsoe, P. D., Hancock, M. & Wocial, L. D. (2009). Facilitated ethics conversations: a novel program for managing moral distress in bedside nursing staff. *JONA's Healthcare Law, Ethics & Regulation*, 11(1), 27-33.
- International Council of Nurses (2010). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. Berlin: ICN.

- Kälvemark Sporrang, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P. & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social science & medicine*, 58(6), 1075-1084.
doi: 10.1016/S0277-9536(03)00279-X
- Kälvemark Sporrang, S., Höglund, A. T. & Arnetz, B. (2006). Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing ethics*, 13(4), 416-427.
- Kälvemark Sporrang, S., Arnetz, B., Hansson, M. G., Westerholm, P. & Höglund, A. T. (2007). Developing ethical competence in health care organizations. *Nursing ethics*, 14(6), 825-837.
- Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in nursing & health*, 24(2), 145-153.
- Kemetmüller, E. (2013). Philosophische Grundlagen. In E. Kemetmüller & G. Fürstler (Hrsg.), *Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe* (S. 11-45). Wien: Facultas.
- Kersting, K. (2002). *Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung*. Bern: Huber.
- Kleinknecht-Dolf, M., Frei, I. A., Spichiger, E., Müller, M., Martin, J. S. & Spirig, R. (2014). Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: Results of a pilot study. *Nursing Ethics*, 1-14. doi:0969733014534875
- Lawrence, L., A. (2011). Work Engagement, Moral Distress, Education Level, and Critical Reflective Practice in Intensive Care Nurses. *Nursing forum*, 46(4), 256-268.
- Lloyd-Jones, N. (2002). Stress und Burn-out-Syndrom in der Intensivpflege. In B. Millar, & P. Burnard (Hrsg.), *Intensivpflege - High-touch und High-tech. psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte* (S. 215-248). Bern: Huber.
- Lützén, K., & Kvist, B. E. (2012). Moral distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum*, 24(1) 13-25.
- Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse, J. M. Swanson und A. J. Kuzel (Hsg.). *The nature of qualitative evidence*, 28-45. Thousand Oaks: Sage.
- Maio, G. (2009). Ethik in der Medizin - eine praxisbezogene Einführung. In F. Salomon (Hrsg.). *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin* (S. 1-18). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Mason, V., M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215-225.
doi:10.1097/DCC.0000000000000056
- Meltzer, L. S. & Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 13(3), 202-208.
- Millar B. & Burnard, P. (Hrsg.) (2002). *Intensivpflege - High-touch und High-tech. psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte*. Bern: Huber.
- Mobley, M. J., Rady, M. Y., Verheijde, J. L., Patel, B. & Larson, J. S. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(5), 256-263.
- Moher, D., Liberati, A. & Altman, D.G. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Monteverde, S. (2014a). *Einführung: Grundlagen der Ethik*. Vorlesung vom 10.6. 2014, BA.PF.D32 Ethik für Diplomierete. Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Departement Gesundheit.
- Monteverde, S. (2014b). Caring for tomorrow's workforce: Moral resilience and healthcare ethics education. *Nursing ethics*, 1-13. doi:10.1177/0969733014557140
- Monteverde, S. (2014c). Undergraduate healthcare ethics education, moral resilience, and the role of ethical theories. *Nursing ethics*, 21(4), 385-401.
- NANDA International (2013). Moralischer Konflikt. *Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikationen 2012-2014* (S. 404-405). Kassel: RECOM.
- Pavlish, C. L., Hellyer, J. H., Brown-Saltzman, K., Miers, A. G. & Squire, K. (2013). Barriers to innovation: nurses' risk appraisal in using a new ethics screening and early intervention tool. *ANS.Advances In Nursing Science*, 36(4), 304-319.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P. & Bartholomeyczik, S. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung* (S. 302ff). Bern: Huber.
- Powell, N. M. (2012). *The effect of a work-place based education program on moral distress* (Doctoral dissertation, Widener University School of Nursing, 2008). ProQuest Dissertations & Theses (PQDT) Datenbank. Publikationsnummer: 3533656.

- Rice, E. M., Rady, M. Y., Hamrick, A., Verheijde, J. L. & Pendergast, D. K. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of nursing management*, 16(3), 360-373.
- Rogers, S., Babgi, A. & Gomez, C. (2008). Ethical issues in newborn care. Educational interventions in end-of-life care: part I: an educational intervention responding to the moral distress of NICU nurses provided by an ethics consultation team. *Advances in Neonatal Care (Elsevier Science)*, 8(1), 56-65.
- Robichaux, C. (2012). Developing Ethical Skills: From Sensitivity to Action. *Critical Care Nurse*, 32(2), 65-72.
- Salomon, F. (2009). Das Menschenbild als Entscheidungshintergrund intensivmedizinischen Handelns. In F. Salomon (Hrsg.). *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*. (S. 65-74). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Santiago, C. & Abdool, S. (2011). Conversations about challenging end-of-life cases: ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit. *Dynamics*, 22(4), 26-30.
- Scheffold, N., Paoli, A., Gross, J., Riemann, U. & Hennersdorf, M. (2012). Ethic rounds in intensive care. Possible instrument for a clinical-ethical assessment in intensive care units. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 107(7), 553-557.
- Schmid, A. (2014, 27. Juli). *Spitälern fehlen Fachleute in der Pflege*. NZZ am Sonntag, S. 9.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2013). *Ethik und Praxis*. 11-22, Bern: SBK.
- Stolecki, D. (2011). Intensivpflege. In H. Burchardi, R. Larsen, M. Gernot, E. Muhl & J. Schölmerich (Hrsg.), *Die Intensivmedizin* (11. Aufl., S. 27-35). Berlin: Springer Medizin.
- Svantesson, M., Lofmark, R., Thorsen, H., Kallenberg, K. & Ahlstrom, G. (2008). Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds. *Journal of medical ethics*, 34(5), 399-406.
- Tanner, S., Schleger, H. A., Meyer-Zehnder, B., Schnurrer, V., Reiter-Theil, S. & Pargger, H. (2014). Klinische Alltagsethik–Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress? *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 1-9.
doi:10.1007/s00063-013-0327-y

- Ulrich, B. T., Lavandero, R., Woods, D. & Early, S. (2014). Critical care nurse work environments 2013: a status report. *Critical Care Nurse*, 34(4), 64-79.
<http://dx.doi.org/10.4037/ccn2014731>
- Van der Dam, S., Schols, J. M. G. A., Kardol, T. J. M., Molewijk, B. C., Widdershoven, G. A. M. & Abma, T. A. (2013). The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. *Social science & medicine*, 83, 125-132.
- Varcoe, C., Pauly, B., Webster, G. & Storch, J. (2012). Moral Distress: Tensions as Springboards for Action. *HEC Forum*, 24, 51–62. doi: 10.1007/s10730-012-9180-2
- Wiegand, D. & Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics*, 19(4), 479-487.
doi:10.1177/0969733011429342
- Wilson, M., A., Goettemoeller, D., M., Bevan, N., A. & McCord, J., M. (2013). Moral distress: Levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9), 1455-1466. doi:10.1111/jocn.12128
- Wocial, L. D., Hancock, M., Bledsoe, P. D., Chamness, A. R. & Helft, P. R. (2010). An evaluation of unit-based ethics conversations. *JONA's Healthcare Law, Ethics & Regulation*, 12(2), 48-56.

8.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Keywords für die Literaturrecherche	17
Tabelle 2 Zusammenfassung der Studien I	20
Tabelle 3 Zusammenfassung der Studien II	21

8.3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 EMS - ethisch-moralisches Stufenschema	10
Abbildung 2 Moral Distress: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Definitionen	14
Abbildung 3 Beispiele für Moral Distress auslösende Situationen	15
Abbildung 4 Auswirkungen von Moral Distress	15
Abbildung 5 Flowdiagramm Literaturrecherche	17

9. Wortzahl

Wortzahl des Abstracts: 169

Wortzahl der Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 7923

10. Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei allen Personen, welche mich beim Schreiben dieser Arbeit in irgendeiner Form unterstützt haben. Insbesondere danke ich der Dozentin Frau Ruth Ruhmann für ihre motivierende, engagierte und fachkundige Begleitung und aufbauenden Worte, als ich an meinen Fähigkeiten zweifelte. Ich bedanke mich bei Aldida Bajrami und Rahel Tyndall-Gutjahr für das fachspezifische Korrekturlesen der Arbeit und ihre konstruktiven Anmerkungen. Ebenso geht mein Dank an Ulrike Müller, Carla Jenzer und Andreas Engi fürs Korrekturlesen, ohne deren Unterstützung diese Arbeit unvollständig wäre. Desweiteren möchte ich Martin Fröhlich sowie Michael Kleinknecht meinen Dank ausdrücken. Martin Fröhlich hat mir angeraten, mit Michael Kleinknecht Kontakt aufzunehmen. Dieser sendete mir einige Fachartikel zum Thema Moral Distress, unter anderem die Studie von Tanner et al. (2014).

11. Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Katrin Engi

12. Anhang

Anhang A: Dokumentation der Literaturrecherche

Datum	Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	# Hits	# relevante Artikel	Für den Haupt- teil verwendete Studien
10.10.2014	Cochrane Library	Moral Distress	9	2	Beumer (2008), Kävemark Spor- rong et al. (2007)
15.10.2014	CINAHL	Critical Care (heading, major concept) OR Intensive Care AND Moral Distress AND strate- gies	8	1	Beumer (2008)
15.10.2014	CINAHL	Critical Care (heading, major concept) OR Critical Care Nursing (heading, major con- cept) AND Moral Distress AND Coping (heading, major concept)	2	1	Beumer (2008)
15.10.2014	CINAHL	Critical Care (heading, major concept) OR Critical Care Nursing (heading, major con- cept) AND Moral Distress AND Stress Management (heading, major concept)	1	1	Santiago and Abdool (2011)
15.10.2014	CINAHL	Critical Care (heading, major concept) OR Critical Care Nursing (heading, major con- cept) AND Coping (heading, major concept) AND Morals (heading, major concept)	4	1	Beumer (2008)
15.10.2014	CINAHL	Critical Care (heading, major concept) OR Critical Care Nursing (heading, major con- cept) AND Morals (heading, major concept) AND Strategies	3	1	Beumer (2008)
30.10.2014	Medline/PubMed	Critical Care (heading, major concept) OR Critical Care Nursing (heading, major con- cept) AND Moral Distress AND strategies	6	1	Beumer (2008)
30.10.2014	Medline/PubMed	Critical Care (heading, major concept) OR Intensive Care AND Moral Distress AND strate- gies	12	1	Beumer (2008)
14.11.2014	EMBASE	Intensive Care OR Critical Care AND Coping AND Moral/exp. OR moral AND (,distress'/exp. OR distress)	9	1	Beumer (2008)
14.11.2014	Medline/PubMed	Ethic Rounds	2	1	Scheffold et al. (2012)

Anhang B: Zusammenfassungen der Fachartikel

Innovative Solutions - The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit Setting	
Autorinnen/Jahr/Land	Beumer, 2008, USA
Ziel der Studie	Evaluation eines Workshops über Moral Distress
Design/Methode	Interventionsstudie Inhalt des neu entwickelten Workshops: Erkennen von Moral Distress, Aufzeigen von möglichen Bewältigungsstrategien. Insgesamt fünf Weiterbildungen im Verlauf von vier Wochen, Dauer: zwei Stunden. Freiwillige Teilnahme, Workshop galt als Arbeitszeit. Umfrage über Moral Distress Level vor Beginn der Workshops sowie sieben bis zehn Wochen danach. Fragebogen: acht Fragen mit 5-Punkt-Likert-Skala und vier Wahr-Falsch-Aussagen. Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die nicht am Workshop teilnahm.
Stichprobe/Population	25 Intensivpflegefachpersonen sowie als Kontrollgruppe 13 Pflegefachpersonen aus dem spitalinternen Personalpool. Total: n=38
Wichtige Ergebnisse	Adäquate Hilfsmittel für den Umgang mit moralisch herausfordernden Situationen zur Verfügung haben: 12% (vor dem Workshop) ⇒ 23% (nach dem Workshop), Kontrollgruppe: 46%. Durch den Workshop keine stärkere Befähigung der Pflegefachpersonen für das Ansprechen von als "nutzlos" empfundener Therapie. Wertschätzung der Meinung der Pflegefachperson: 4% ⇒ 14%, Kontrollgruppe: 14%. Sich der Rolle der Pflegefachperson als Stellvertreterin des Patientenwillens bewusst sein: 8% ⇒ 29%, Kontrollgruppe 23%. Nach dem Workshop werden die ethischen Bedenken der Intensivpflegefachpersonen nicht eher erhört oder respektiert. Distanzierung von kritisch kranken Patientinnen: 54% ⇒ 28%, Kontrollgruppe: 24%. Negative oder zynische Gefühle bei der Betreuung der Patientinnen: 74% ⇒ 28%, Kontrollgruppe: 42%. Keine Veränderung des Frustrationsniveaus in Bezug auf die Betreuung der Patientinnen (71% ⇒ 76%) - Kontrollgruppe: 83%. Fazit der Forschenden: Der Workshop reduziert das Erleben von Moral Distress. Hohe Zufriedenheit mit dem Workshop.

Developing Ethical Competence in Health Care Organisations	
Autorinnen/Jahr/Land	Kälvemark Sporrang, Arnetz, Hansson, Westerholm, Höglund, 2007, Schweden
Ziel der Studie	Evaluation der Wirkung eines Schulungsprogramms über Ethik auf das Erleben von Moral Distress bei Gesundheitsfachpersonen aus verschiedenen Settings.
Design/Methode	<p>Interventionsstudie.</p> <p>Angestellte einer Apotheke und Mitarbeitende einer Abteilung eines Akutspitals nahmen an einem freiwilligen Ethik-Schulungsprogramm teil. Sie wurden mit Kontrollgruppen verglichen (drei Spitalabteilungen, zwei Apotheken). Schulungsprogramm: drei Ethikvorlesung, drei Ethikrunden (= ethische Fallbesprechungen).</p> <p>Jede Vorlesung dauerte drei Stunden. Inhalt: ethische Theorien als Werkzeug der ethischen Entscheidungsfindung, Theorien über die menschliche Würde, Aspekte der Medizinethik (z.B. Priorisierung im Gesundheitswesen).</p> <p>Die Ethikrunden dauerten jeweils eine Stunde. Inhalt: Besprechung von ein bis zwei Fällen aus der Praxis der Teilnehmenden. Moderation durch die Dozentin der Ethikvorlesungen.</p> <p>Vor Beginn des Schulungsprogramms Randomisierung.</p> <p>Analyse der Wirkung der Intervention anhand des Quality Work Competence (QWC) psychosozialen Fragebogens, neue Fragen wurden hinzugefügt (basierend auf qualitativer Forschung). Anschliessend wurde der Fragebogen auf zwei Skalen reduziert (Moral Distress, Toleranz/Offenheit).</p> <p>Desweiteren kurze Evaluation des Schulungsprogramms.</p> <p>Datenerhebung vor der Randomisierung und ein Jahr danach.</p>
Stichprobe/Population	<p>Personal von drei Apotheken und fünf Spitalabteilungen in Schweden. Wegen hoher Arbeitsbelastung lehnte eine Abteilung die Teilnahme ab.</p> <p>Interventionsapotheke: n=19, Kontrollapotheke: n=40</p> <p>Interventionsabteilung: n=58, Kontrollabteilungen: n=142, Total: n=259</p>
Wichtige Ergebnisse	<p>Je nach Setting unterschiedliche Teilnahme am Schulungsprogramm: Apotheke 100%, Spitalabteilung 50%.</p> <p>Evaluation des Schulungsprogramms: sehr positive Rückmeldungen.</p> <p>Keine statistisch signifikanten demografischen Unterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen.</p> <p>Kein statistisch signifikanter Einfluss des Schulungsprogramms auf das Erleben von Moral Distress. Jedoch signifikante Unterschiede zwischen Apotheken und Spitalabteilungen im Erleben von Moral Distress und Toleranz/Offenheit am Arbeitsplatz. Personal der Apotheken erlebt weniger Moral Distress, sowohl vor als auch nach dem Schulungsprogramm.</p> <p>Moral Distress Apotheke: 51.0 ± 18.6 (33) \Rightarrow 49.0 ± 18.0 (32). Moral Distress Spitalabteilung: 58.9 ± 18.5 (130) \Rightarrow 57.1 ± 19.8 (92), $p=0.05$.</p> <p>Toleranz/Offenheit Apotheken: 27.6 ± 15.8 (56) \Rightarrow 24.8 ± 14.4 (48). Toleranz/Offenheit Spitalabteilungen: 34.4 ± 15.6 (193) \Rightarrow 38.3 ± 14.3 (124), $p=0.01$.</p> <p>Unterschiede bzgl. Toleranz/Offenheit zwischen der Interventions- und Kontrollgruppen im Spital: die Kontrollgruppen erleben signifikant weniger Toleranz/Offenheit. Hingegen in der Follow-up-Untersuchung keine Differenz. Interventionsgruppe: 25.0 ± 13.9 (55) \Rightarrow 33.3 ± 11.4 (20). Kontrollgruppen: 38.2 ± 14.8 (138) \Rightarrow 39.2 ± 14.2 (104) $p=0.01$.</p> <p>Beide Interventionsgruppen äusserten sich sehr positiv über das Schulungsprogramm. Vorlesungen: informativ und interessant, Ethikrunden: nützlich, nötig, eine Weiterführung wäre wünschenswert.</p>

Educational Interventions in End-of-Life Care: Part I – An Educational Intervention Responding to the Moral Distress of NICU Nurses Provided by an Ethics Consultation Team	
Autorinnen/Jahr/Land	Rogers, Babgi, Gomez, 2008, USA
Ziel der Studie	Evaluation der Wirkung eines Weiterbildungsprogramms auf den Behaglichkeitslevel von Intensivpflegefachpersonen, welche sterbende Neugeborene betreuen.
Design/Methode	<p>Interventionsstudie.</p> <p>Auf einer neonatologischen Intensivstation wurde die Wirkung eines neu entwickelten Weiterbildungsprogramms mit Prä- und Posttests evaluiert. Über ein halbes Jahr monatlich stattfindende, einstündige Schulungen zu jeweils einem bestimmten Thema: Schmerzmanagement, Symptommanagement, ethische/rechtliche Probleme, Kommunikation/Kultur, Spiritualität/Sorge, Compassion Fatigue.</p> <p>Diese wurden auf Video aufgezeichnet, damit das Nachtschichtpersonal und jene, die nicht an den Schulungen teilnehmen konnten, ebenso davon profitierten.</p> <p>Die Teilnahme an den Weiterbildungen war freiwillig.</p> <p>Vor jeder Schulung Prä- und danach Posttest gemacht.</p> <p>Evaluation der Wirkung mittels "Comfort in Caring for Dying Infants"-Instrument (CLCDI). Dieses wurde 2005 von McMahon, Gomez und Rogers entwickelt.</p>
Stichprobe/Population	Pflegefachpersonal einer neonatologischen Intensivstation, n=82
Wichtige Ergebnisse	<p>Signifikante Verbesserung der Behaglichkeitslevel nach Besuch der Schulungen ($t_{(81)}=4.2$, $p<.001$, Effektgrösse $d=0.333$). Behaglichkeitslevel: 55.1 (SD=4.7) \Rightarrow 56.7 (SD=4.9).</p> <p>Die Teilnehmenden der verschiedenen Schulungsarten (Frontalunterricht oder Videoaufzeichnung) unterschieden sich nicht signifikant in ihren Behaglichkeitslevel (Prätest: $F_{(5,81)}=1.268$, $p=.286$, Posttest: $F_{(5,82)}=.529$, $p=.754$).</p> <p>Signifikante Verbesserung der Behaglichkeitslevel nach Besuch der Module über Symptommanagement und ethische/rechtliche Probleme ($t_{(14)}=4.59$, $p<.001$, $d=0.545$), $t_{(10)}=2.30$, $p<.05$, $d=0.399$).</p> <p>Keine statistisch signifikante Verbesserung nach Besuch der anderen Module (Schmerzmanagement: $t_{(26)}=1.47$, $p=.259$, $d=0.283$, Spiritualität/Sorge: $t_{(6)}=1.55$, $p=.172$, $d=0.146$, Compassion Fatigue: $t_{(6)}=0.92$, $p=.393$, $d=0.246$).</p> <p>Nach dem Modul über Kommunikation/Kultur geringe Verschlechterung des Behaglichkeitslevels: $t_{(17)}=-0.11$, $p=.917$, $d=-0.014$.</p>

Conversations about challenging end-of-life cases: Ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit	
Autorinnen/Jahr/Land	Santiago und Abdool, 2011, Kanada
Ziel der Studie	Erfahrungsbericht über monatlich stattfindende ethische Debriefings auf einer medizinisch-chirurgischen Intensivstation, Evaluation zur Optimierung der Teilnahme an den ethischen Debriefings.
Design/Methode	Beschreibung der Organisation der ethischen Debriefings und der implementierten Verbesserungen nach einer Gruppendiskussion (Quasi-Fokusgruppeninterview mit acht Personen, davon fünf Intensivpflegefachpersonen). Die ethischen Debriefings fanden einmal pro Monat statt. Alle Disziplinen und Berufsgruppen der Abteilung waren involviert. Sie wurden durch den Bioethiker des Spitals geleitet.
Stichprobe/Population	Interprofessionelles Team einer medizinisch-chirurgischen Intensivstation in Kanada. Quasi-Fokusgruppeninterview: n=8
Wichtige Ergebnisse	Nach der Implementierung der Änderungen erhöhten sich die Teilnahmezahlen. Aus informellen Gesprächen mit Teilnehmenden wurden folgende Vorteile von ethischen Debriefings eruiert: im interprofessionellen Team erhöhtes Bewusstsein für die Wirkung und den Nutzen ethischer Debriefings, vor Familiengesprächen Findung eines Teamkonsensus, proaktive, gemeinsame und einheitliche Planung, Vorbereitung und Umsetzung einer optimalen ganzheitlichen Pflege und Unterstützung der Angehörigen. Präventive Einberufung ethischer Debriefings vor Eintreten eines kritischen Ereignisses. Mittels ethischer Debriefings Angleichung an Initiativen der Institution und an Akkreditierungsstandards. Themen aus den ethischen Debriefings wurden Inhalt von "Lunch-and-Learn"-Weiterbildungen.

Klinische Alltagsethik - Unterstützung im Umgang mit moralischem Stress? Evaluation eines ethischen Entscheidungsfindungsmodells für interprofessionelle Teams	
Autorinnen/Jahr/Land	Tanner, Albisser Schlegler, Meyer-Zehnder, Schnurrer, Reiter-Theil, Pargger, 2014, Schweiz
Ziel der Studie	Evaluation von METAP (Module, Ethik, Therapieentscheide, Allokation, Prozess) im Hinblick auf die Reduktion von moralischem Distress im Zusammenhang mit ethisch schwierigen Fragen im klinischen Alltag.
Design/Methode	Qualitative Multizenterstudie. Semistruktuelle Einzel- und Gruppeninterviews, Fragebogen (51 Items, 9 qualitative Fragen) sowie nicht teilnehmende Beobachtungen der ethischen Fallbesprechungen. Einschlusskriterium: persönliche Erfahrungen im Umgang mit METAP sowie Teilnahme an mindestens zwei ethischen Fallbesprechungen. Multimodulares vierstufiges Modell METAP: 1. Stufe: individuelle Orientierung mittels Handbuch und Leporello. 2. Stufe: Beratung mit Faciliator (=speziell geschultes Steuergruppenmitglied). 3. Stufe: ethische Fallbesprechung im Behandlungsteam mit definiertem Ablauf. 4. Stufe: Ethikberatung mit einer Ethikfachperson.
Stichprobe/Population	Personal von drei intensivmedizinischen und drei geriatrischen Abteilungen aus vier Schweizer Spitälern. Einzelinterviews: n=33, Gruppeninterviews: n=44 , Fragebogen: n=122
Wichtige Ergebnisse	Mehrzahl der Teilnehmenden bejahte die Reduktion von Moral Distress durch METAP (Einzelinterviews: 60 Ja-Aussagen zu 20 Nein-Aussagen, Gruppeninterviews: 59 Ja-Aussagen zu 20 Nein-Aussagen, Fragebogen: 55% "Ja", 29% "Nein", 17% Enthaltungen). Ergebnisse wurden in drei Hauptkategorien gegliedert: Förderung der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit, Entlastung bei Unklarheiten in der Therapieplanung, Umgang mit Angehörigen bei Meinungsverschiedenheiten. METAP trug zur Entwicklung von Teambewusstsein und dem Gefühl von Professionalität im Behandlungsteam bei (8 von 77 Personen). METAP führte zu einer Reduktion von interprofessionellen Konflikten in-folge ethischer Problemen (4 von 77 Personen). Aufgrund der systematischen Vorgehensweise bewirkte METAP bei der Entscheidungsfindung eine Reduktion der Belastung im interprofessionellen Team (22 von 77 Personen). METAP verbesserte die Handlungskompetenz und die professionelle Positionierung der Pflege im interprofessionellen Team sowie die Transparenz der ärztlichen Informationen und die damit verbundenen Entscheide (41 von 77 Personen). Die interprofessionellen Falldiskussionen führten zu einem Gefühl der gemeinsam getragenen Verantwortung. Dies erlebten die Ärztinnen als eine Entlastung (14 von 77 Personen). Ebenso führte METAP zu einer Entlastung bei Unklarheiten in der Behandlungsplanung: Unterstützung bei der Behandlung schwerer Fälle (13 von 77 Personen), Erläuterung und Evaluation von Behandlungszielen (41 von 77 Personen). Bei Meinungsverschiedenheiten mit Angehörigen konnte durch METAP auf gemeinsam getroffene dokumentierte Entscheidungen Bezug genommen werden. Eine Minderheit der Teilnehmenden verneinte eine Reduktion der persönlichen Belastung durch METAP. Gründe: wegen geringer Erfahrung mit METAP keine Beurteilung möglich, keine Belastung durch ethische Probleme, zusätzliche Belastung durch METAP, keine Notwendigkeit für METAP, da die in der Institution zur Verfügung bestehenden Problemlösungsstrukturen ausreichen würden.

The discovery of deliberation: From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care	
Autorinnen/Jahr/Land	Van der Dam, Schols, Kardol, Molewijk, Abma, 2013, Holland
Ziel der Studie	Evaluation der Implementierung von Moral Case Deliberation (MCD) in zwei Alterspflegeorganisationen.
Design/Methode	<p>Implementierung von MCD in zwei Alterspflegeorganisationen (diese betreiben zwei Pflegeheime und ein Altersheim mit Pflegeabteilung).</p> <p>Vor der Einführung von MCD gab es in den Organisationen keine Angebote an ethischer Unterstützung, systematischen Reflexionen oder Beratungen.</p> <p>Vier überlappende Schritte des Implementierungsprozesses: Einführung des Modells in den einzelnen Institutionen (2006), Bildung von MCD-Gruppen mit Mitarbeitenden verschiedener Abteilungen und Disziplinen, Implementierung von MCD-Sitzungen auf sechs ausgewählten Abteilungen (2008-2009), Schulung von MCD-Facilitators innerhalb der Institutionen.</p> <p>Evaluation der Implementierung mittels Einzelinterviews, zweier Fokusgruppeninterviews, Sammlung von Aussagen während der MCD-Projektgruppentreffen, Beobachtung und informeller Gespräche der ersten Forschenden (Van der Dam) mit Berufspersonen auf den Abteilungen. Diese wurden in einem Logbuch festhalten, sowie Feldnotizen gemacht und ein reflektives Tagebuch geführt.</p> <p>Moral Case Deliberations: Besprechung von ethisch herausfordernden Fallgeschichten der Teilnehmenden, begleitet durch einen Faciliator (= Ethikerin oder eine geschulte Person aus der klinischen Praxis).</p>
Stichprobe/Population	<p>Pflegende aus zwei Pflegeheimen und aus einem Altersheim.</p> <p>Ein Pflegeheim zog sich infolge geänderter organisatorischer Prioritäten aus dem Projekt zurück.</p> <p>Aussagen aus den MCD-Gruppentreffen, zwei Fokusgruppeninterviews mit verschiedenen Teilnehmenden der MCD-Gruppen, Einzelinterviews: Personen aus der Geschäftsführung, dem mittleren Kader, der Sanität, dem ärztlichen Dienst und der Pflegeassistenz.</p> <p>Einzelinterviews: n=6</p> <p>Total: n=?</p>
Wichtige Ergebnisse	<p>Zu Beginn Probleme bei der Anwendung des Modells, jedoch nach einiger Zeit Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden in der Reflexion und der Beratung. Dadurch wurde der Nutzen der MCD für die persönliche professionelle Entwicklung und für die pflegerische Beziehung zu den Heimbewohnern erkannt. Bei Einführung des Modells bestanden sowohl Skepsis und eine Abneigung gegen das Modell, als auch Hoffnungen und Erwartungen.</p> <p>Beispiele für Skepsis/Ablehnung: Personalmangel und hohe Arbeitsbelastung erschweren die Anwendung von MCD in der Praxis, Zweifel am Nutzen des Modells für die Heimbewohnerinnen, Probleme werden nicht als moralisch beurteilt, deswegen kein Bedürfnis für MCD.</p> <p>Beispiele für Erwartungen/Hoffnungen: Probleme der klinischen Praxis besprechen bevor diese zu Konflikten eskalieren, einen geschützten Raum für das Teilen von Emotionen haben bewirkt emotionale Entlastung, Probleme aus verschiedenen und neuen Blickwinkeln betrachten und eigene Haltung hinterfragen können.</p> <p>Die "Kniffe des Handwerks lernen": durch MCD Erkennen von moralischen Problemen im Alltag (dieses Verständnis fehlte den meisten Teilnehmenden zu Beginn), Verbesserung der Gesprächsführung, Validation der Sichtweise von Kolleginnen. Dies führte zu einem besseren gegenseitigen Verständnis und verbesserte das Arbeitsklima.</p> <p>Die Vorteile von MCD erleben: hilfreiche Intervention zur Entlastung bei Moral Distress, positiver Einfluss auf die Pflegequalität, aufgrund der sorgfältigen moralischen Untersuchung einfacher kommunizierbares Ergebnis der Besprechung und dadurch eher Befolgung der Beschlüsse durch das Pflegeteam, besseres Verständnis der Gründe für Entscheidungen. Das Teilen von</p>

Gedanken und Gefühlen bewirkte eine emotionale Entlastung und stimulierte bei den Mitarbeitenden die kreative Suche nach alternativen Lösungen bei moralischen Dilemmata.

Die Anwendung des Modells in der Praxis anstatt theoretischer Kurse wurde als essentiell beurteilt. Ebenso stieg dadurch die Wertschätzung des tatsächlichen Nutzens von Reflexionen und Beratungen.

Die Erkenntnis, dass MCD eine Entlastung bei Moral Distress bewirkte, war wiederum motivierend für die Teilnahme an solchen Fallbesprechungen. Das Teilen von Gedanken und Gefühlen führte zu emotionaler Entlastung und dies stimulierte die kreative Suche nach alternativen Lösungen ethischer Dilemmata.

An Evaluation of Unit-Based Ethics Conversations (UBEC)	
Autorinnen/Jahr/Land	Wocial, Hancock, Bledsoe, Chamness, Helft, 2010, USA
Ziel der Studie	Evaluation der Wirkung von UBEC
Design/Methode	<p>Qualitative Studie.</p> <p>Befragung von Pflegefachpersonen, welche auf verschiedenen Abteilungen eines Spital arbeiteten, auf welchen seit sechs Monaten regelmässig UBEC stattfanden.</p> <p>Methode: kurzer Fragebogen und Fokusgruppeninterviews.</p> <p>Unit-Based Ethics Conversations (UBEC): Besprechung von ethisch herausfordernden Fallgeschichten der Teilnehmenden, begleitet durch einen Faciliator (= eine in Ethik geschulte Person).</p>
Stichprobe/Population	<p>Pflegefachpersonen von sechs verschiedenen Abteilungen aus drei urbanen Magnet-Spitälern (Onkologie, Intensivpflege: Erwachsene, Neurologie, Pädiatrie, Neonatologie). 90% waren in der direkten Pflege tätig, 10% im Management oder in der Bildung.</p> <p>Teilnahme an UBEC: n=64</p> <p>Fokusgruppeninterview: n=8</p> <p>Total: n=149</p>
Wichtige Ergebnisse	<p>Fragebogen: für die Mehrheit der Teilnehmenden (98%) wurde die Möglichkeit durch UBEC, über ethische Probleme der Praxis reden zu können, als wichtig erachtet.</p> <p>Ihre Erwartungen bzgl. UBEC sahen die meisten Teilnehmenden als erfüllt (88%).</p> <p>UBEC helfe, ethische Probleme anzusprechen (86%).</p> <p>Nach der Teilnahme an UBEC fühlten sich die Pflegefachpersonen im Umgang mit ethisch herausfordernden Situationen besser gerüstet (67%).</p> <p>Vier typische Themen der UBEC: "informed consent", nutzlose Behandlungen, kommunikative Herausforderungen, Spannungen zwischen Pflege und Medizin.</p> <p>Hilfreiche Elemente der UBEC: dem Unausgesprochenen eine Stimme geben können, einen Einblick in die Sichtweise der Kolleginnen erhalten, einen sicheren Platz für Diskussionen haben, Validierung der Erlebnisse durch die Teilnehmenden.</p> <p>Nicht hilfreiche Elemente der UBEC: mangelnde interdisziplinäre Teilnahme, keine Beschlussfassung des besprochenen Falls.</p> <p>Fokusgruppeninterviews: neutraler Faciliator sei nützlich, Gespräche am Bett über ethische Themen seien seit der Einführung von UBEC möglich, Integration ethischer Themen in klinische Diskussionen, Verbesserung der Fertigkeiten zum Ansprechen von ethisch herausfordernden Situationen, besseres Verständnis von ethischen Konzepten und Prinzipien, Wertschätzung der Perspektive von Kolleginnen. UBEC seien eine mögliche Strategie im Umgang mit Moral Distress.</p>

Ethikvisite auf der Intensivstation. Mögliches Instrument einer klinisch-ethischen Standortbestimmung in der Intensivmedizin

Autorinnen/Jahr/Land	Scheffold, Paoli, Gross, Riemann, Henneersdorf, 2012, Deutschland
Einleitung	Auf der Intensivstation tägliche Konfrontation mit sterbenden Menschen und Grenzen der Medizin. Unterschiedliche Auffassungen bei Entscheidungen zur Therapiezielsetzung. Dies führt zu ethischen Konflikten im Behandlungsteam. Klinisches Ethikkomitee (KEK): u.a. individuelle ethische Beratung und daraus resultiert ein im Team gemeinsam gefasster Entschluss. Beratung erst auf konkrete Anfrage, nicht auf regelmässiger Basis. Der Ausgangspunkt von Ethikvisiten ist die Etablierung ethischer Diskussionen im klinischen Alltag.
Methode	<p>Ziel der Ethikvisite: ethisch problematische und belastende Situation frühzeitig identifizieren und analysieren, Sensibilisierung des interprofessionellen Teams für medizinisch-ethische Fragestellungen.</p> <p>Moderation durch eine ethisch geschulte Person mit intensivmedizinischen Grundkenntnissen, ausgewogener sozialer Kompetenzen und einer hohen Kommunikationsfähigkeit.</p> <p>Ethikvisiten finden in einem festgelegten Zyklus statt - abhängig von der Grösse der Intensivstation.</p> <p>Alle Teammitglieder sollen sich unabhängig von der Krankenhaushierarchie äussern und ihre Sichtweise erläutern können.</p> <p>Während der Ethikvisite gesammelte Informationen werden in der Krankengeschichte der betroffenen Patientin protokolliert.</p> <p>Vorgehen: Standortbestimmung der medizinischen Aspekte anhand eines standardisierten Vorgehens, basierend auf den vier Prinzipien von Beauchamp und Childress.</p>
Diskussion	<p>Klinische Ethikvisiten auf Intensivstationen sind derzeit kaum etabliert - im Gegensatz zu klinischen Ethikberatungen.</p> <p>Vorteile der Ethikvisite: Ethikmoderatorin ist im Team der Intensivstation fest integriert, zeitnahes Einbringen ihres Sachverstands und Hilfestellung bei der frühzeitigen Identifizierung ethischer Konflikte bevor diese eskalieren, Etablierung ethischer Strukturen auf einer Intensivstation - unabhängig vom Bestehen eines klinischen Ethikkomitees. Im Idealfall zeitnahe, antizipatorische, gemeinsam getragene Entscheidungsfindung.</p>

The 4 A's to Rise Above Moral Distress	
Autorinnen/Jahr/Land	AACN - American Association of Critical Care Nurses - Ethics Work Group of FY04 (Rushton, Westphal, Wavra, Campbell, Delgado, Heath, Jeffers, Tamburri), 2008, USA
Einleitung	Definition von Moral Distress und Aufführen möglicher Ursachen für Moral Distress. Beschreibung von Barrieren, welche vor dem Handeln zu überwinden sind. Graphische Darstellung des Interventionsmodells (Ask, Affirm, Assess, Act).
Methode	<p>Erläuterung der vier Schritte.</p> <p>Ask (Fragen): Stadium der Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion. Ziel: sich des erlebten Moral Distress bewusst werden.</p> <p>Affirm (Bestätigen): Bestätigung des Stresses und des Engagement zur Selbstpflege. Ziel: sich für das Ansprechen von Moral Distress engagieren.</p> <p>Assess (Einschätzen): Ursachen des persönlichen Moral Distress und die Einflussfaktoren identifizieren. Schweregrad des Moral Distress und die Handlungsbereitschaft beurteilen (mit Hilfe des Selbstassessment-instruments der Guideline). Risiko-Nutzen-Einschätzung machen. Ziel: Bereit sein, einen Aktionsplan zu erstellen. Bei Unsicherheit: "4 R's" berücksichtigen (Relevance, Risk, Reward, Roadblocks - Relevanz, Risiko, Belohnung, Hürden) und erneutes Selbstassessment.</p> <p>Act (Handeln): Handeln vorbereiten (Selbstpflegeplan entwickeln, passende Unterstützungsquellen identifizieren, betriebsfremde, hilfreiche Ressourcen ermitteln). Zur Ursache des Moral Distress und zur Arbeitsumgebung passende Massnahmen ergreifen (verschiedene Ursachen und mögliche Massnahmen werden in der Guideline aufgelistet). Gewünschte Veränderungen aufrechterhalten (eine Auswahl geeigneter Massnahmen werden in der Guideline aufgelistet). Ziel: eigene Integrität und Authentizität bewahren.</p>

Anhang C: Kritische Beurteilung der einzelnen Fachartikel

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie	
Quelle:	Beumer (2008). Innovative Solutions – The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit Setting
Forschungsfrage:	Haben die Informationen, welche den Workshop-Teilnehmenden präsentiert wurden, einen Einfluss auf ihr Erleben von Moral Distress?
Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Workshop-Teilnehmende gehörten zur Interventionsgruppe und waren Pflegefachpersonen einer Intensivstation mit regelmässigen Arbeitszeiten. Kontrollgruppe bestand aus Pflegefachpersonen des spitalinternen Personalpools, welche regelmässig auf der Intensivstation arbeiteten. Diese hatten nicht am Workshop teilgenommen.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Baselinefragebogen (vor Besuch des 1. Workshops): n=25 Follow-up-Fragebogen (7 bis 10 Wochen danach): n=21 Einmalige Datenerhebung bei der Kontrollgruppe.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Keine Verblindung möglich, die Anonymität wurde jedoch garantiert.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Ja, aber nicht gleich. Beide Untersuchungsgruppen bestanden aus examiniertem Fachpflegepersonal, keine Angaben über Fachweiterbildung in Intensivpflege. Kontrollgruppe: Pflegefachpersonen aus dem spitalinternen Personalpool, welche regelmässig auf der Intensivstation arbeiteten.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	"Jein", keine Vorher-Nachher-Untersuchung bei der Kontrollgruppe (nur eine Befragung), da diese nicht am WS teilnahm. Beide Gruppen erhielten jedoch denselben Fragebogen.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Keine Randomisierung, deshalb kann diese Frage nicht beantwortet werden.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Wahrscheinlich nicht. Für eine quantitative Studie ist das Sample sehr klein (n=34).
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Bis anhin sind kaum Studien publiziert worden, welche die Wirkung eines Workshops auf das Erleben von Moral Distress bei Intensivpflegefachpersonen untersuchten.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Kontrovers. Baseline- und Follow-up-Tests zeigen sowohl positive als auch negative Effekte. Teilweise hatte die Kontrollgruppe die gleichen Werte wie in der Follow-Up-Befragung. Veränderungen werden in Prozent angegeben. Instrumente des Fragebogens beruht auf ordinalem Messniveau, deswegen keine Nennung des p-Werts möglich. Keine Nennung des Modalwertes oder anderer Werte.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Kleines Sample, Ergebnisse könnten ebenso ein Zufall sein. Angabe der Ergebnisse in Prozent, dies wirkt eindrücklicher als die Nennung der einzelnen Zahlenwerte (z.B. ein Ergebniss aus dem Follow-up-Fragebogen: 100%=21, 28%=5,9).

Anwendbarkeit	
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Tiefes Messniveau der Statistik, deshalb tiefer Aussagewert.
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Bei ähnlichem Workshop wäre das Resultat teilweise übertragbar. Ein Spitalpool an Intensivpflegefachpersonal ist am Arbeitsort der Autorin dieser Bachelorarbeit jedoch nicht vorhanden.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Nein, keine Aussagen zur Häufigkeit und Intensität vom erlebten Moral Distress.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Studie zeigt in manchen Bereichen eine Reduktion des Erlebens von Moral Distress. Die Fachliteratur empfiehlt praxisnahe Ethikschulungen, um die Kompetenzen der Pflegefachpersonen in diesem Bereich zu vergrössern. Deshalb wäre ein Moral Distress Workshop wahrscheinlich von Nutzen.
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 (1=min., 6=max.)	

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572V> 1.6
Hans Huber: Bern.

aus: Behrens, J. & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring.

Beurteilung der Güte	
Studie	Beumer (2008). Innovative Solutions – The Effect of a Work-shop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit Setting
Objektivität	Sowohl Interventions- als auch Kontrollgruppe hatten denselben Fragebogen. Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich (Festanstellung auf der Intensivstation - Spitalpool). Resultate werden in einer Tabelle gezeigt, deren Interpretation ist somit nachvollziehbar.
Reliabilität	Reliabilität des Moral Distress Fragebogens (von der Studienautorin entwickelt) ist unklar, da dieser nicht getestet wurde.
Validität	Moral Distress Fragebogen wurde nicht validiert. Externe Validität: nach Besuch des Workshops Testeffekt möglich. Dies schränkt die Übertragbarkeit ein. Interne Validität: kurzes Beobachtungsintervall zwischen dem Prä- und Posttest, deshalb wenig Zeit zum „Ausprobieren“ der Inhalte des Workshops.
Evidenzlevel^o	Level 3 – deskriptive, nicht experimentelle Studie mit Mehrfachmessungen.

^o Madjar, I., & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence. *The Nature of Qualitative Evidence*, , 28-45.

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Källemark Sporrang et al. (2007). Developing Ethical Competence in Health Care Organisations

Forschungsfrage: Evaluation der Wirkung eines Schulungsprogramms in Ethik (Vorlesungen und Fallbesprechungen) auf das Erleben von Moral Distress.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Personal aus drei Apotheken und aus fünf verschiedenen Spitalabteilungen wurde durch ihre jeweilige Führungsperson zur Teilnahme am Projekt angefragt. Eine Abteilung lehnte die Teilnahme infolge hoher Arbeitsbelastung ab. Zuteilung der Interventionsapotheke bzw. -spitalabteilung durch Randomisierung vor Beginn der Schulungen.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Baseline Messung: n=259, Follow-up-Messung: n=184
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Keine Verblindung möglich, die Anonymität wurde jedoch garantiert.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Daten der Baseline-Messung wurden vor der Intervention im Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen den Studienörtlichkeiten, welche die Resultate beeinflussen könnten, analysiert. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede der demographischen Daten zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen entdeckt.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Ja, beide Gruppen hatten sowohl Baseline- als auch Follow-up-Messung. Benutzung des gleichen Fragebogens.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Nein, nur ca. 50% der versendeten Fragebögen wurden in der Follow-up-Untersuchung beantwortet. In der Interventionsapotheke nahmen alle Studienteilnehmenden am Schulungsprogramm teil, auf der Spitalabteilung nur 50%.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Keinen Power-Analyse, ebenso keine Nennung der Konfidenzintervalle, jedoch Angabe der p-Werte ($p < 0,01$ oder $p < 0,05$). Analyse mittels zweiseitiger t-Test-Messung.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Diese Studie war die erste, welche die Wirkung eines Schulungsprogramms auf das Erleben von Moral Distress untersuchte.

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Keine statistisch signifikante Wirkung des Schulungsprogramms auf das Erleben von Moral Distress. Nach Beendigung des Interventionsprogramms keine Weiterführung der Ethikrunden. Deswegen keine Wirkung der Interventionen nachweisbar?
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Kleine p-Werte gewählt, $p < 0,05$ oder $p < 0,01$. Dies spricht für signifikante Messwerte und geringe Möglichkeit eines Zufalls.

Anwendbarkeit	
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Keinen Nennung der Konfidenzintervalle, jedoch differenzierte Auflistung der Mittelwerte und Standardabweichungen sowie der Differenz zwischen den Baseline- und Follow-up-Messungen. Nach Beendigung des Schulungsprogramms organisatorische Änderungen in den Institutionen der Interventionsgruppen. Dies hatte wahrscheinlich Auswirkungen auf die Ergebnisse und die Teilnahme an den Follow-up-Messungen.
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	"Jein", Unterschiede in der Organisation der schwedischen und schweizerischen Gesundheitswesen. Jedoch steigen in Schweizer Spitälern ebenso der Arbeitsdruck auf das (Intensiv-)Pflegepersonal und die finanziellen Belastungen. Regelmässig stattfindende Ethikrunden sind in der Schweiz ebenfalls noch nicht flächendeckend etabliert. An der Studie nahmen jedoch keine Intensivpflegefachpersonen teil.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja, differenzierte Diskussion der kontroversen Resultate, z.B. keine Weiterführung der Ethikrunden nach Beendigung des Schulungsprogramms, zu geringe Teilnahme am Schulungsprogramm, unzulängliche Messinstrumente.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Hoher Aufwand und Kosten für die Schulung des Personals. Weiterführung regelmässig stattfindender Ethikrunden ist essentiell für einen möglichen Effekt der Interventionen. Verschiedene Faktoren sind zu berücksichtigen für ein Gelingen. Diese liegen v.a. im Kompetenzbereich des Managements. Regelmässige Reflexionsrunden gelten indes als kompetenzfördernd und nützlich für die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit.
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – ✗ – 6 (1=min., 6=max.)	

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572V> 1.6
Hans Huber: Bern.

aus: Behrens, J. & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring.

Beurteilung der Güte	
Studie	Kälvemark Sporrang et al. (2007). Developing Ethical Competence in Health Care Organisations
Objektivität	Fragebogen war für alle Teilnehmenden gleich, keine demographischen Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen, Auswertung der Messungen mittels speziellem Computerprogramm (SPSS for Windows, v.12.0).
Reliabilität	Vom Quality Work Competence (QWC) psychosozialen Fragebogen zwei Unterskalen ausgewählt: Moral Distress Niveau und Toleranz/Offenheit. Psychometrisch beurteilt, Crombach's Alpha-Werte 0,78 und 0,62. Von den Studienautoren wird die Sensitivität des Instruments zu Moral Distress angezweifelt.
Validität	Interne Validität: möglicherweise Bias infolge organisatorischer Veränderungen in den Institutionen der Interventionsgruppen. Ev. fehlende Wirkung infolge zu kurzer Dauer der Interventionen oder didaktischer Mängel des Schulungsprogramms. Externe Validität: durch das selbständige Ausfüllen des Fragebogens besteht die Möglichkeit eines Testeffekts.
Evidenzlevel^o	Level 2 – Evidenz basierend auf einer oder mehreren klinischen Experimenten.

^o Madjar, I., & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence. *The Nature of Qualitative Evidence*, , 28-45.

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie	
Quelle:	Rogers et al. (2008) Educational Interventions in End-of-Life Care: Part I – An Educational Intervention Responding to the Moral Distress of NICU Nurses Provided by an Ethics Consultation Team
Forschungsfrage:	Verändert ein Weiterbildungsprogramm über neonatale End-of-Life-Care den Behaglichkeitslevel von Intensivpflegefachpersonen in der Betreuung von sterbenden Frühgeborenen? Welche Schulungseinheit führte zu einer signifikanten Veränderung?
Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Keine Kontrollgruppe. Alle Mitarbeitenden der neonatologischen Intensivstation wurden zum Weiterbildungsprogramm eingeladen. Die Teilnahme war freiwillig, Anonymität im Untersuchungsprozess wurde garantiert.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Unklar, ob alle Mitarbeitenden am Weiterbildungsprogramm teilnahmen und ob sich Personen im Verlauf der Untersuchungsperiode aus der Studie zurückgezogen hatten. Wegen fehlender Daten musste die ursprüngliche Stichprobengrösse von 112 auf 82 Teilnehmende reduziert werden.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Keine Verblindung, jedoch wurde Anonymität garantiert.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Nur eine Untersuchungsgruppe (=Interventionsgruppe). Alle Teilnehmenden waren Pflegefachpersonen mit Spezialisierung in neonatologischer oder pädiatrischer Pflege.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Keine Kontrollgruppe, deswegen kein Vergleich möglich. Die Interventionsgruppe musste jeweils vor und unmittelbar nach den Schulungseinheiten des Weiterbildungsprogramms einen Fragebogen (Comfort in Caring for Dying Infants Instrument (CLCDI), demographische Daten) ausfüllen (Prä- und Posttest-Messung).
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Keine Randomisierung, deswegen kann diese Frage nicht beantwortet werden.
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Keine Power-Analyse, ebenso keine Nennung der Konfidenzintervalle (CI), jedoch Angabe der p-Werte ($p < 0,01$) sowie Berechnung der Effektgrösse d mittels Wolf's Benchmark-Test. Datenanalyse der Prä- und Posttests mittels zweiseitiger t-Test-Messung und für die Ermittlung der Varianz ANOVA.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	In den vergangenen Jahren wurden nur wenige quantitative Studien publiziert, welche die Wirkung von Weiterbildungsprogrammen auf das Erleben von Moral Distress untersuchten. Deren Ergebnisse widersprechen sich teilweise. Keine dieser Studien benutzte das Instrument CLCDI, welches speziell für die Studie entwickelt wurde.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Veränderungen der Messwerte konnte in jedem Posttest nachgewiesen werden. Nach drei Schulungseinheiten zeigten sich statistisch signifikante Veränderungen (positive und negative), nach einer Schulungseinheit zeigte sich eine „educationally significant“ Verbesserung ($d = 0.283$).
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Kleinen p -Wert gewählt, $p < 0,01$. Dies spricht für signifikante Messwerte und eine geringe Möglichkeit eines Zufalls.

Anwendbarkeit	
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Sowohl die Gesamtergebnisse als auch die einzelnen Ergebnisse werden diskutiert. Nach den Schulungseinheiten werden stets Veränderungen in den Scores beschrieben, statistisch signifikant sind indes lediglich drei Resultate.
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Die Resultate lassen sich im Allgemeinen auf Intensivpflegefachpersonen übertragen, welche in anderen Settings arbeiten (z.B. pädiatrische oder medizinische Intensivstation), da die Begleitung von terminal kranken Menschen unabhängig vom Setting Moral Distress auslösen kann. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Betreuung von Frühgeborenen indessen spezifische Anforderungen an die Pflegefachperson stellt.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Die Autorinnen der Studie sprechen lediglich im Einführungsteil über Moral Distress. Für die Messung des Einflusses des Weiterbildungsprogramms dagegen benutzen sie ein Instrument, welches den Behaglichkeitslevel von Personen misst, die sterbende Neugeborene betreuen. Nach dem Einführungsteil nehmen sie nicht mehr Bezug auf das Thema Moral Distress.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Entwicklung von situationsangepassten Weiterbildungen erfordert fundierte Fachkenntnisse und passende strukturelle Rahmenbedingungen (z.B. Raum und Zeit für die Schulungen). Der Erfolg der Weiterbildung ist von unzähligen Faktoren abhängig – nicht nur von den Inhalten der einzelnen Schulungen. Die Kosten-Nutzen-Risiko-Einschätzung obliegt jeder einzelnen Intensivstation.
<i>Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – ✗ – 5 – 6 (1=min., 6=max.)</i>	

<http://www.medicin.uni-halle.de/index.php?id=572V> 1.6
Hans Huber: Bern.

aus: Behrens, J. & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring.

Beurteilung der Güte	
Studie	Roger et al. (2008). Educational Interventions in End-of-Life Care: Part I – An Educational Intervention Responding to the Moral Distress of NICU Nurses Provided by an Ethics Consultation Team
Objektivität	Für alle Messungen wurde derselbe Fragebogen benutzt. Die Analyse erfolgte mit dem Softwareprogramm SPSS Version 13.0. Für jede Schulungseinheit wurden die Ergebnisse der Prä- und Posttest zwei Tabellen (Balkendiagramm und numerisch) dargestellt, ebenso die Varianz des Prätest-Messwerte, jene der Posttest-Messwerte und der Vergleich der Gesamtwerte der CLCDI-Level. So können die Ergebnisse besser nachgeprüft werden.
Reliabilität	Das Messinstrument „Comfort in Caring for Dying Infants“ (CLCDI) wurde von den Autorinnen der Studie entwickelt und getestet. In einem separaten Artikel wird es detailliert beschrieben (Babgi, Rogers, Gomez und McMahon, 2008). Laut Badgi et al. (2008) ist das Instrument reliabel, die Inhaltsvalidität ist hingegen fragwürdig. Deswegen sollte es weiterentwickelt und verfeinert werden.
Validität	Die Inhaltsvalidität des Instruments ist unklar, dies erschwert die Beurteilung der Validität der ganzen Studie. Ein Testeffekt nach den Schulungseinheiten könnte zu falsch positiven Resultaten geführt haben (welche indes statistisch nicht signifikant waren). Die freiwillige Teilnahme am Weiterbildungsprogramm und die Anonymität des Fragebogens tragen zur externen Validität bei.
Evidenzlevel^o	Level 3 – deskriptive, nicht experimentelle Studie mit Mehrfachmessungen.

^o Madjar, I., & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence. *The Nature of Qualitative Evidence*, , 28-45.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie	
<p>Quelle: Santiago und Abdool (2011). Conversations about challenging end-of-life cases: Ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit.</p> <p>Forschungsfrage: Wie kann die Teilnehmerzahl an ethischen Debriefings erhöht werden?</p>	
Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Zwar keine explizite Frage formuliert, hingegen Beschreibung der Absicht des Artikels: Erfahrungsbericht mit ethischen Debriefings, Recherche zur Zunahme der Teilnehmerzahlen.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Keine „klassische“ qualitative Studie. Keine Begründung des Vorgehens. Kleine Gruppendiskussion (=Quasi-Fokusgruppeninterview) im interprofessionellen Team zur Optimierung der Teilnahme (insbesondere der Intensivpflegefachpersonen) an den stationsinternen ethischen Debriefings.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Im Einführungsteil werden verschiedene Studien zum Thema Moral Distress von Intensivpflegefachpersonen und deren Umgang mit Situationen, welche Moral Distress auslösen, in Verbindung gesetzt mit dem Instrument ethische Debriefings. Der erwartete Nutzen wird erläutert (Zitation einer Guideline). Mögliche Nachteile werden nicht erwähnt.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Die Diskussion in der Kleingruppe (=Quasi-Fokusgruppeninterview), welche zur Evaluation der stationsinternen ethischen Debriefings diente, wurde mit Mitgliederinnen des interprofessionellen Teams geführt. Von den insgesamt acht Personen waren fünf Intensivpflegefachpersonen. Dieses Verhältnis erscheint für eine Intensivstation repräsentativ. Keine Begründung der Auswahl.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Für den Zweck des Artikels (siehe Frage 1) müssen die Teilnehmenden, das Umfeld und die Forschenden nicht zwingend ausführlich beschrieben werden. In der Einführung werden die Auswirkungen von belastenden Palliative-Pflege-Situationen für das Behandlungsteam erläutert und das Arbeitsumfeld umschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Die Datensammlung wird knapp beschrieben. Die Teilnehmenden der Gruppendiskussion wurden zu ihren Vorstellungen und Erfahrungen bzgl. der ethischen Debriefings befragt und um Vorschläge für eine Erhöhung der Teilnehmerzahl gebeten. Das Aufzeigen einer detaillierten Datensammlung steht nicht im Fokus der Review da diese keine echte qualitative Studie ist.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Keine Beschreibung der Datenanalyse. Aus den Vorschlägen der Teilnehmenden der Gruppendiskussion wurden Änderungen am Konzept der ethischen Debriefings implementiert.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Das Erreichen der Datensättigung scheint für den Zweck der Review irrelevant zu sein.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Die implementierten Änderungen werden ausführlich erläutert. Anschliessend deren positive Auswirkungen (u.a. auf die Teilnahme an den stationsinternen ethischen Debriefings) erläutert. Zwei Tabellen veranschaulichen die Zunahme der Zahl der Teilnehmenden.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Keine Vergleichsstudien werden aufgeführt.

Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse der Evaluation und Implementierung der Änderungen zeigen, dass es lohnenswert ist, nach der Einführung eines Instruments Änderungen am Konzept vorzunehmen und dass sich durch eine höhere Teilnahme an den ethischen Debriefings ein sichtbarer Nutzen abzeichnen kann.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, um die Teilnehmerzahl an ethischen Debriefings zu erhöhen. Diese Anregungen können bei der Implementierung von ethischen Debriefings auf einer Intensivstation äußerst nützlich sein, sodass sich die positiven Auswirkungen des Instruments eher zeigen.
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – ✗ – 3 – 4 – 5 – 6 (1=min., 6=max.)	

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572V> 1.1
Hans Huber: Bern.

aus: Behrens, J. & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie	
Quelle:	Tanner et al. (2014). Klinische Alltagsethik - Unterstützung im Umgang mit moralischem Stress?
Forschungsfrage:	Hilft METAP bei der Reduktion von moralischem Disstress im Zusammenhang mit ethisch schwierigen Fragen im klinischen Alltag? Wenn ja, wie?
Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Ja, aus der Hypothese „Klinische Alltagsethik zur gezielten Förderung der ethischen Entscheidungsfindungskompetenz kann im Umgang mit moralischem Disstress gezielte Unterstützung bieten.“ wurde die oben genannte Fragestellung abgeleitet.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Evaluation von METAP auf den Ebenen der Produktions- Prozess- Struktur- und Ergebnisqualität mittels einer quantitative Multizenterstudie. Datensammlung: semistrukturierte Einzel- und Gruppeninterviews, nichtteilnehmende Beobachtung der ethischen Fallbesprechungen, Fragebogen. Weder Begründung der Wahl des Design noch der gewählten Mittel zur Datensammlung.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Eine Literaturrecherche wurde durchgeführt, wahrscheinlich vor Beginn der Studie. Dies wird nicht explizit erwähnt, lässt sich aber aufgrund der Einleitung und der Beschreibung des Studiendesigns erahnen.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Fachpersonen aus dem klinischen Arbeitsumfeld (Spital) wurden untersucht, somit passend zur Forschungsfrage. Selektion der Stichprobe für die Einzel- und Gruppeninterviews nach Methode „theoretical sampling“, Einschlusskriterien werden erwähnt, hingegen keine Begründung der Auswahl.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Teilnehmende werden knapp beschrieben: individuelle Erfahrung im Umgang mit METAP, Teilnahme an mindestens zwei ethischen Fallbesprechungen, Berufsgruppe, Arbeitsumfeld. Keine weiteren demographischen Daten genannt. Umfeld: lediglich Nennung der Fachbereiche (Geriatric, Intensivstation), unterschiedliche Anwendung von METAP auf den Abteilungen. Forschende: Arbeitsorte der Forschenden werden im Titel genannt, indes keine weitere Beschreibung.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Datensammlung: semistrukturierte Einzel- und Gruppeninterviews, nichtteilnehmende Beobachtung der ethischen Fallbesprechungen, Fragebogen. Knappe Beschreibung der Datensammlung, Dauer der Datensammlung ist nicht erwähnt.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Für jede Abteilung wurde ein Categoriesystem erstellt (Einzel- und Gruppeninterview getrennt), diese inhaltlich aufeinander abgestimmt und einzeln auf Intra- und Interraterreliabilität geprüft ($r \leq 0,75$). Die ausgewerteten Daten wurden extern validiert. Wegen der Heterogenität der Stichprobe wurden die Daten des Fragebogens bei der Interpretation nicht gleichwertig gewichtet wie die Interviewdaten. Sie dienten lediglich zur Stützung bestehender inhaltlicher Trends in den qualitativen Interviewdaten.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Für qualitatives Studiendesign relativ grosse Stichprobe (Einzelinterviews: $n=33$, Gruppeninterviews: 9 Gruppen, $n=44$). Dauer der Interviews oder Zeitspanne der Datensammlung sind unbekannt. Rücklaufquote des Fragebogens: 57%. Sättigung wahrscheinlich nicht erreicht.

Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Die Ergebnisse werden in tabellarischer Form und in Textform dargestellt. Einzelne Resultate werden mit Zitaten wiedergegeben, jene aus dem Fragebogen in absoluten Zahlen und in Prozent. Die Darstellung der Ergebnisse ist übersichtlich und logisch gegliedert. Widersprüchliche Antworten werden in einer separaten Kategorie aufgelistet.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Bestätigung der Ergebnisse durch Triangulation der Datenerhebung (Einzel- und Gruppeninterviews, Fragebogen, nichtteilnehmende Beobachtung) und externe Validierung der Categoriesysteme bei der Dateninterpretation.
Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Da die Autorin dieser Bachelorarbeit das Arbeitsumfeld Intensivstation kennt, kann sie sich ohne grosse Schwierigkeiten in die Situation der Teilnehmenden versetzen. Aufgrund persönlicher Erfahrung kennt sie die entlastende Wirkung von Fallbesprechungen (hingegen hat sie keine Erfahrung mit <i>ethischen</i> Fallbesprechungen).
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Der multimodale Ansatz des METAP erscheint vielversprechend, da die Problemlösung auf vier verschiedenen Stufen erfolgen kann, z.B. individuelle Problemlösung mittels Handbuch und Leporello. (Stufe 1). Der Zugang zur klinischen Alltagsethik erfolgt niederschwellig und praxisangepasst.
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – ✕ – 6 (1=min., 6=max.)	

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572V> 1.1
Hans Huber: Bern.

aus: Behrens, J. & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring.

Beurteilung der Güte	
Studie	Tanner et al. (2014). Klinische Alltagsethik - Unterstützung im Umgang mit moralischem Stress?
Glaubwürdigkeit*	Triangulation der Datensammlung, freiwillige Teilnahme an der Studie, Categoriesysteme einzeln auf Intra- und Interraterreliabilität geprüft, ex-terne Validierung der Categoriesysteme bei der Dateninterpretation.
Übertragbarkeit*	Darstellung der Ergebnisse mit plausiblen Zitaten ermöglicht den Vergleich mit anderen Gruppen (z.B. eigenes Praxisumfeld). Demgegenüber knappe Beschreibung der Arbeitssituationen der Teilnehmenden (Universitätsspital - Allgemeinspital, Geriatrie - Intensivstation, keine Nennung von weiteren Fachbereichen, z.B. Herzchirurgie). Zeitpunkt und Dauer der Datenerhebung sind unbekannt.
Zuverlässigkeit*	Der Kontext ist knapp beschrieben: keine Angaben über die Fachbereiche der Intensivstationen (Chirurgie, Medizin), über die Arbeitssituation (Organisation der Abteilungen, Personalsituation, ev. Umstrukturierungen), über die Grösse der Abteilungen, keine Beispiele für häufige ethische Themen im klinischen Alltag.
Bestätigbarkeit*	Triangulation der Datensammlung, externe Validierung der Categoriesysteme bei der Dateninterpretation, wenig detailreiche Beschreibung des Forschungsprozess (z.B. fehlt die Begründung des Studiendesign). Widersprüchliche Aussagen der Teilnehmenden werden nicht verschwiegen.
Evidenzlevel°	Level 4 - Beschreibende Kategorien.

* Lincoln & Guba 1985 (Trustworthiness), Quelle: Polit, Beck & Hungler, 2004, 302ff..

° Evidenzlevel Keamey, M. H. (2001) Levels and applications of qualitative research evidence. *Res Nus Health*, 24(2), 145-153.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie	
Quelle:	Van der Dam et al. (2013). The discovery of deliberation: From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation (MCD) in Dutch elderly care
Forschungsfrage:	Keine explizit genannt. Evaluation der Implementierung von MCD in zwei Alterspflegeinstitutionen.
Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Keine Fragestellung genannt, die Ziele sind aufgelistet (Evaluation der Implementierung von MCD in zwei Alterspflegeinstitutionen, Präsentation der Erkenntnisse des Implementierungsprozess). In der Einführung wird nicht explizit zum Thema Moral Distress Bezug genommen (einzig im Ergebnisteil).
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Keine Begründung des Studiendesign, jedoch eine ausführliche Beschreibung des Implementierungsprozess sowie Erläuterung der MCD Methode.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Für die Implementierung der MCD in den Alterspflegeinstitutionen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Dies wird in der Einführung ersichtlich. Das Studiendesign und die Methodologie werden durch verschiedene Publikationen belegt.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Auswahl scheint passend zum Ziel der Studie. Da der Fokus der Studie auf den Erfahrungen der betroffenen Fachpersonen lag, konzentrierte sich die Auswahl auf Führungspersonen und Mitarbeitende der Pflegeabteilungen.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Teilnehmende und Umfeld werden knapp beschrieben. Die Berufsgruppen werden lediglich bei den Einzelinterviews genannt. Keine Angabe von demographischen Daten. Über die Autorinnen der Studie sind einzig deren Berufstitel und Arbeitsorte bekannt.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Die Datensammlung wird detailliert beschrieben. Verschiedene qualitative Methoden wurden angewandt: Einzelinterviews, Fokusgruppeninterviews, Sammlung von Aussagen während der MCD-Gruppentreffen, Beobachtung und informelle Gespräche der ersten Forschenden (Van der Dam) mit Berufspersonen auf den Abteilungen. Diese wurden in einem Logbuch festgehalten, Feldnotizen gemacht und ein reflektives Tagebuch geführt.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Ein induktiver Ansatz wurde gewählt: wiederholtes Lesen und Kodierung der MCD-Berichte, Feldnotizen, Memos und Transkriptionen der verschiedenen Interviews. Danach folgt die thematische Inhaltsanalyse durch drei der Forschenden.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Durch die Anwendung verschiedener qualitativer Methoden über 2,5 Jahre (z.B. Beobachtung der MCD-Teilnehmenden während allen 47 Sitzungen mit Notieren von Memos) wurde eine Sättigung wahrscheinlich (annähernd) erreicht.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Die Ergebnisse werden in 5 Kategorien und mehreren Unterkategorien sehr ausführlich abgebildet. Die Darstellung der Ergebnisse wird indes nicht in die verschiedenen Methoden der Datensammlung aufgeteilt. Aussagen von Studienteilnehmenden erleichtern die Nachvollziehbarkeit der Resultate.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Triangulation, Datensammlung bis zur Sättigung (oder annähernd) sowie Peer-Debriefing erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Ergebnisse bestätigt wurden.

Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die ausführliche Darstellung der Ergebnisse unterstützt das Verständnis. Hingegen fehlen detailliertere Informationen über das Arbeitsumfeld (z.B. über die Organisation der Institutionen, die Ausbildungsniveau der Angestellten, häufige ethische Fragen oder Problemstellungen in der Altenpflege).
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Die Implementierung von Programmen wie MCD muss von der Führung der Institution unterstützt und gefördert werden. Ebenso sollte das Programm den Strukturen der Organisation angepasst werden.
<i>Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – x – 6 (1=min., 6=max.)</i>	

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572V> 1.1 aus: Behrens, J. & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Hans Huber: Bern.

Beurteilung der Güte	
Studie	Van der Dam et al. (2013). The discovery of deliberation: From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation (MCD) in Dutch elderly care
Glaubwürdigkeit*	Triangulation der Datensammlung, Auswertung der Daten durch drei verschiedene Forschende, Peer-Debriefings, Einbezug von Mitarbeitenden, welche MCD weniger unterstützten, regelmässige Besprechung der Daten im Forschungsteam sowie prolongierte Begleitung und beharrliche Beobachtung des Projekts über 2,5 Jahre.
Übertragbarkeit*	Studienteilnehmende und Kontext werden knapp beschrieben. Aussagen der Befragten bieten die Möglichkeit, sich in deren Situation zu versetzen und sie erlauben einen Vergleich mit anderen Settings. Dichte Beschreibung des Forschungsprozesses.
Zuverlässigkeit*	Die detaillierte Darstellung des Design und der Methoden der Datensammlung erhöhen die Zuverlässigkeit der Studie. Zeitrahmen der Implementierung der MCD und der Datensammlung wird aufgezeigt. Der Forschungsprozess wurde nicht von einer externen Fachperson überprüft.
Bestätigbarkeit*	Mängel der Studie werden nicht verschwiegen (z.B. spezifisches Setting, Fokus auf Teilnehmende, welche das Projekt über die Jahre unterstützen und sich nicht zurückzogen = ev. positive Färbung der Resultate), Triangulation der Datensammlung, Auswertung der Daten durch drei verschiedene Forschende, Peer-Debriefings,
Evidenzlevel°	Level 4 - Beschreibende Kategorien

* Lincoln & Guba 1985 (Trustworthiness), Quelle: Polit, Beck & Hungler, 2004, 302ff..

° Evidenzlevel Keamey, M. H. (2001) Levels and applications of qualitative research evidence. *Res Nus Health*, 24(2), 145-153.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie	
Quelle:	Wocial et al. (2010). An Evaluation of Unit-Based Ethics Conversations (UBEC)
Forschungsfrage:	Welche Vorstellungen haben Pflegefachpersonen über UBEC? Welches sind die Erfahrungen von Pflegefachpersonen, die an UBEC teilnehmen? Wie beeinflussen UBEC die Fähigkeit der Teilnehmenden, ethisch herausfordernde Situationen zu bewältigen?
Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Keine explizite Forschungsfrage formuliert, hingegen werden die Ziele der Evaluationsstudie genannt. Format der UBEC ist in einem separaten Fachartikel ausführlich beschrieben (Helft et al., 2009).
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Evaluation der Wirkung und des Nutzens von UBEC vier Jahre nach der Einführung in drei Spitälern. Keine Begründung des Designs.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Im Teil „Theoretischer Hintergrund“, „Format der UBEC“ sowie im Diskussionsteil wird auf verschiedene Publikationen Bezug genommen. Somit hat bereits vor der Datenerhebung eine Literaturrecherche stattgefunden.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Für die allgemeine Online-Umfrage wurden Pflegefachpersonen angefragt, die auf Abteilungen arbeiten, auf welchen seit mindestens sechs Monaten regelmässig UBEC stattfinden. Einschlusskriterium für die Teilnahme an einem Fokusgruppeninterview war der Besuch mindestens einer UBEC. Die Rekrutierung erfolgte per E-Mail-Einladung und war freiwillig. Keine Begründung der Auswahl.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	In einer Tabelle werden alle demographischen Daten der Teilnehmenden aufgelistet. Arbeitsumfeld: drei urbane Magnet-Spitäler, Fachbereiche der Abteilungen werden genannt (Onkologie, verschiedene Intensivstationen mit Schwerpunkt Erwachsene, Neurologie, Pädiatrie, Neonatologie). Autorinnen der Studie: einzig Berufstitel und Arbeitsorte sind erwähnt.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Kurze und knappe Beschreibung der Datensammlung (Fragebogen, Zusammenstellung der Fragen für die Umfrage und für die Fokusgruppeninterviews, Tonbandaufnahme und Transkription).
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Für die Analyse der Fokusgruppeninterviews und der offenen Fragen des Fragebogens wurde eine induktive Strategie gewählt: zwei der Autorinnen sahen die Daten durch, bildeten unabhängig von einander Codes und trafen sich anschliessend zur Konsensfindung.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Teilnahme am Fragebogen war freiwillig und Rücklaufquote betrug lediglich 25%. Zwei Fokusgruppeninterviews wurden geführt. Die Datensammlung erfolgte zwar anhand verschiedener Methoden, es ist indes fraglich, ob eine Sättigung erreicht wurde.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Die Ergebnisse aus der Umfrage und aus den Fokusgruppeninterviews sind getrennt aufgeführt. Aussagen von Teilnehmenden der Fokusgruppeninterviews machen die Kategorien nachvollziehbar.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Wahrscheinlich Bestätigung der Ergebnisse durch Triangulation der Datensammlung, jedoch keine nachfolgende Besprechung mit den Teilnehmenden sowie keine Auswertung der Ergebnisse durch eine externe Beraterin.

Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Zitate aus den Gruppeninterviews erleichtern es, sich in die Situation der Studienteilnehmenden zu versetzen. Sie rufen bei der Autorin der Bachelorarbeit z.T. eigene Praxiserfahrungen ins Gedächtnis.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Die Planung und Durchführung von UBEC liegen im Kompetenzbereich der Abteilungsleitung und einer in Ethik geschulten Person (Facilitator). Im Fachartikel „Facilitated ethics conversation: a novel program for managing moral distress in bedside nursing staff“ (Helft et al., 2009) ist das Programm UBEC detailliert beschrieben, eventuell müssten einzelne Punkte an die Strukturen der Institution angepasst werden.
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – ✕ – 6 (1=min., 6=max.)	

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572V> 1.1

aus: Behrens, J. & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring.

Hans Huber: Bern.

Beurteilung der Güte	
Studie	Wocial et al. (2010). An Evaluation of Unit-Based Ethics Conversations (UBEC).
Glaubwürdigkeit*	Die Auswertung der Daten aus den Fokusgruppeninterviews erfolgte durch zwei Forschende, anschliessend Konsensfindung. Triangulation (zwei verschiedene Methoden zur Datenerhebung benutzt) sowie die freiwillige Teilnahme an der Studie erhöhen deren Glaubwürdigkeit.
Übertragbarkeit*	Zeitpunkt und Dauer der Datenerhebung sind nicht erwähnt. Das Spitalmilieu wird in einem separaten Abschnitt beschrieben. Im Resultateteil werden die Fachgebiete genannt, in welchen die Studienteilnehmenden arbeiten. Die demographischen Daten der Teilnehmenden werden in einer Tabelle aufgelistet. Dies ermöglicht einen Einblick in die strukturellen Rahmenbedingungen.
Zuverlässigkeit*	Die knappe Beschreibung der Methodologie erschwert die Repetierbarkeit der Studie. Keine Angaben zur Arbeitssituation auf den einzelnen Abteilungen (Organisation der Abteilungen, Personalsituation, ev. Umstrukturierungen,...), zur Grösse der Abteilungen. Komprimierte Schilderung der Datensammlung. Reflektive Würdigung der Forschungsprozesses: vermutlich Bias aufgrund der freiwilligen Teilnahme. Unklarheit über regelmässigen Besuch der UBEC erschwert die Beurteilung des Nutzens dieses Programms.
Bestätigbarkeit*	Triangulation der Datensammlung, keine Prüfung des Forschungsprozesses oder der Resultate durch eine externe Fachperson. Am Forschungsprozess waren mehrere Fachpersonen beteiligt. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass verschiedene Sichtweisen in die Forschungsarbeit einfließen und Neutralität erreicht wurde.
Evidenzlevel°	Level 4 - Beschreibende Kategorien.

* Lincoln & Guba 1985 (Trustworthiness), Quelle: Polit, Beck & Hungler, 2004, 302ff..

° Evidenzlevel Keamey, M. H. (2001) Levels and applications of qualitative research evidence. *Res Nus Health*, 24(2), 145-153.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): 10 questions to help you make sense of a review Scheffold et al. (2012). Ethikvisite auf der Intensivstation. Mögliches Instrument einer klinisch-ethischen Standortbestimmung in der Intensivmedizin.	
Screening Questions: 1. Did the review address a clearly focused question? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> Can't Tell <input type="checkbox"/> No	Im Fachartikel wird keine Forschungsfrage gestellt, indessen wird das Instrument Ethikvisite (auf einer Intensivstation) detailliert erläutert und auf erwartete positive Folgen hingewiesen.
2. Did the authors look for the right type of papers? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> Can't Tell <input type="checkbox"/> No	Der Fachartikel ist keine systematische Review, deswegen muss nicht eine spezifische Studienart ausgewählt werden. Soweit beurteilbar wurden die richtigen Arten von Publikationen gewählt (Studien, Konzepte zum Ablauf und Organisation von Ethikvisiten, Konsensusberichte).
Is it worth continuing?	Ja. Bis anhin ist keine Studie zum Thema Ethikvisite auf der Intensivstation publiziert worden.
Detailed Questions: 3. Do you think the important, relevant studies were included? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Can't Tell <input type="checkbox"/> No	Die Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken zeigt, dass zum Thema keine Studien publiziert wurden. Bis anhin wurden wenige Studien zu Ethikvisiten in anderen Settings veröffentlicht. Diese sind hingegen überwiegend älter als 10 Jahre. Eine aus Schweden (Svantesson et al., 2008), welche jedoch nicht auf einer Intensivstation durchgeführt wurde, wird im Fachartikel erwähnt. Dieses Defizit wird von den Autorinnen des Fachartikels konstatiert. Desweiteren wird eine nicht publizierte Studie (= Masterthese) vom Klinikum Heilbronn zitiert.
4. Did the review's authors do enough to assess the quality of the included studies? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> Can't Tell <input type="checkbox"/> No	Im Fachartikel wird dies nicht explizit erwähnt. Es ist anzunehmen, dass die Qualität der verwendeten Publikationen kritisch beurteilt wurde.
5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> Can't Tell <input type="checkbox"/> No	Wenige Studien wurden für den Fachartikel verwendet. Sie dienten zur Erklärung und Erläuterung des Instruments Ethikvisite.
6. What are the overall results of the review?	Diese Publikation ist keine systematische Review, vielmehr ein Fachartikel, demzufolge fehlen Ergebnisse. Das Instrument Ethikvisite wird plausibel erläutert und Vorteile aufgezeigt. Dagegen werden keine möglichen Nachteile genannt.
7. How precise are the results?	Siehe Frage 6.
8. Can the results be applied to the local population? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Can't Tell <input type="checkbox"/> No	Ja, weil das Setting dasselbe ist. Die Checkliste im Fachartikel könnte bei der Durchführung einer Ethikvisite verwendet werden.
9. Were all important outcomes considered? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> Can't Tell <input type="checkbox"/> No	Wenige Studien sind bis anhin zum Thema Ethikvisite publiziert worden. Die einzige neuere Datums (Svantesson et al., 2008) wurde zitiert, indessen hätte vertieft darauf eingegangen werden können, da diese die einzige aktuelle Studie zum Thema ist.

<p>10. Are the benefits worth the harms and costs?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Can't Tell <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Die Schaffung ethischer Strukturen auf einer Intensivstation wird durch turnurmässig stattfindende Ethikvisiten gefördert. Ebenso können ethische Konflikte frühzeitig identifiziert werden, bevor diese eskalieren. Ethische Themen sind dem Alltag auf einer Intensivstation inhärent, deswegen ist es essentiell darüber regelmässig zu diskutieren und ethisch herausfordernde Situationen zu reflektieren. Folglich würde sich der Aufwand wahrscheinlich lohnen.</p>
---	---

© Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Systematic Review Checklist 31.05.13

Kritische Beurteilung von Standards und Leitlinien	
Quelle:	American Association of Critical Care (AACN) (2008). The 4 A's to Rise Above Moral Distress
Forschungsfrage:	Wie kann Moral Distress zu einer positiven Veränderung des Arbeitsumfelds einer Intensivpflegefachperson führen?
Glaubwürdigkeit	
1. Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert?	Zu Beginn der Leitlinie wird das Thema klar und übersichtlich formuliert. Das Modell wird anhand einer graphischen Darstellung eingeführt. Danach werden die einzelnen Schritte erläutert.
2. Wie wurde die Leitlinie erstellt?	2006 erste Publikation der Leitlinie, 2008 überarbeitete Version. Durch eine Ethik-Arbeitsgruppe der AACN erstellt. Vorsitzende der Arbeitsgruppe hat einige Arbeiten zu psychosozialen und ethischen Themen publiziert. Keine Studien zu Interventionen bzgl. Moral Distress (MD) vor der Erstellung der Guideline publiziert worden, lediglich zum Erleben von Pflegefachpersonen und die Auswirkungen auf die Betroffenen sowie die Patientinnen.
3. Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt?	Bei jedem der vier Schritte werden verschiedene Handlungsoptionen und mögliche Hürden aufgezeigt. Pro Schritt wird ein realistisches Ziel formuliert.
4. Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?	Im 2006 wurde die Leitlinie erstellt, zwei Jahre später überarbeitet. Zu dieser Zeit waren keine Studien zu Interventionen bzgl. Moral Distress publiziert, jedoch in vielen Studien über das Phänomen Empfehlungen von Forschenden. Diese Empfehlungen sind bei der Erstellung der Guideline mit einbezogen worden, so scheint es zumindest.
5. Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?	In vielen Publikationen wird die Guideline zitiert, z.B. Robicaux (2012), De Keyser (2012). Die einzige Studie, welche die Wirksamkeit getestet hat, ist eine Dissertationsarbeit (Powell, 2012).
6. Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?	Die einzelnen Schritte sind proaktiv, antizipieren mögliche Risiken und sind umfassend (sehr ausführlich formuliert).
Aussagekraft	
7. Wie gut war die Recherche?	Lediglich drei Reverenzen genannt, eine stammt von der Vorsitzenden der Arbeitsgruppe. Es ist unklar, weshalb nicht mehr Quellen genannt werden. Keine Studien zum Thema? Zum Zeitpunkt der Erstellung der Guideline existierten schon Studien über das Phänomen.
8. Wie gut waren die einzelnen Studien?	Reverenzen sind Fachbücher, keine Studien.
9. Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?	Darüber keine Aussage möglich, da keine Studien für die Erstellung der Guideline verwendet wurden.

Anwendbarkeit	
10. Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?	Ja, die Leitlinie bietet jeder betroffenen Intensivpflegefachperson die Möglichkeit, aktiv gegen Moral Distress vorzugehen, unabhängig von anderen Strategien (z.B. ethische Fallbesprechungen, Schulungen).
11. Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar?	Nicht alle Empfehlungen können in die Schweizer Praxis umgesetzt werden, die meisten sind hingegen sehr nützlich und aus Sicht der Autorin dieser Bachelorarbeit ebenfalls anwendbar. Insbesondere die Instrumente zum Selbstassessment und zur Nutzen-Risiko-Einschätzung sind hilfreich. Die Leitlinie bietet Hilfe zur Selbsthilfe.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Guideline ist kostenlos auf der Homepage des Berufsverbands (AACN) erhältlich, ausführlicheres Material ist jedoch kostenpflichtig (CD-ROM, Instruktionsmanual). Die Guideline erscheint hingegen genügend ausführlich, um der Praxis korrekt umgesetzt werden zu können. Somit sind die Kosten gering. Auf mögliche Risiken wird in der Leitlinie hingewiesen. Der tatsächliche Nutzen ist u.a. abhängig von der Initiative der betroffenen Person.
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – ✗ – 5 – 6 (1=min., 6=max.)	

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572V> 1.0
Hans Huber: Bern.

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring.

Anhang D: Evidenzlevel für quantitative und qualitative Studien

Levels of complexity & discovery - Qualitative Forschung

Level/Typ 1	Dense explanatory descriptions. Detaillierte, umfassende Beschreibung komplexer Einflüsse, wie das Handeln von Menschen in spezifischen Situationen beeinflusst wird. Die Umgebung wird detailliert beschrieben. Über bestimmte Zeiträume hinweg sichtbare Entwicklungen auf der persönlichen, kulturellen, sozialen und politischen Ebene werden beschrieben.
Level/Typ 2	Depiction of experiential variations. Die Essenz geteilter Erfahrungen wird beschrieben und ergänzt durch die Beschreibung oder Erklärung der Variationen dieser Erfahrungen, abhängig von Individualität und Kontext.
Level/Typ 3	Shared pathway or meaning. Synthese geteilter Erfahrungen oder Prozesse. Beschreibung neuer Aspekte eines Phänomens. Die Essenz von Erfahrungen wird beschrieben.
Level/Typ 4	Descriptive categories. Daten werden in Kategorien eingeteilt. Verbindungen der Kategorien untereinander oder zum Kontext werden jedoch nicht detailliert beschrieben.
Level/Typ 5	Findings restricted by a priori framework. Daten werden einem bereits bestehenden theoretischen Rahmen zugeordnet.

Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in nursing & health*, 24(2), 145-153.

Levels of complexity & discovery - Quantitative Forschung

Level/Typ 1	Evidenz basierend auf einer systematischen Review von mehreren randomisierten klinischen Experimenten (Metaanalyse).
Level/Typ 2	Evidenz basierend auf einer oder mehreren klinischen Experimenten.
Level/Typ 3	Evidenz basierend auf nicht randomisierten klinischen Experimenten. Case-Control-Studien oder Cohort-Studien, vorzugsweise durchgeführt an verschiedenen Orten und mit Mehrfachmessungen über einen Zeitraum.
Level/Typ 4	Evidenz basierend auf nicht experimentellen Studien, vorzugsweise in verschiedenen Zentren.
Level/Typ 5	Evidenz basierend auf der Meinung von Autoritäten, basierend auf klinischer Expertise, deskriptive Studien oder den Reporten von Expertengruppen.

Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse, J. M. Swanson und A. J. Kuzel (Hsg.) *The nature of qualitative evidence*, 28-45. Thousand Oaks: Sage.